

Manual Formação

CHANGING ATTITUDE

Coordenação



Este Projeto é co-financiado pelo Programa Rights, Equality and Citizenship da União Europeia



“O conteúdo desta brochura é da responsabilidade exclusiva da APF e não pode, de maneira nenhuma, ser considerado reflexo da perspectiva da Comissão Europeia”

Sessão 1: Analisando e influenciando tradições

Objetivos da sessão

No final da sessão é esperado que os participantes sejam capazes de:

1. Ter uma compreensão abrangente do conceito de “tradição”.
2. Identificar tradições prevalentes na sua comunidade
3. Identificar boas e más tradições.
4. Ter ideias construtivas acerca de como podem promover mudanças.

Referências chave

Tradition! Tradition! A story of Mother Earth, by Dorkenoo, E. published by FORWARD Ltd. London, 1992.

Female Genital Mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. WHO. Geneva (1997).

Female genital mutilation: A Handbook for frontline workers. WHO/FCH/WMH700.5 Rev.1 WHO Geneva, 2000.

The right path to health: Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision. WHO, regional office for Eastern Mediterranean (1996)

Meios de Ensino Sugeridos

Palestra.

Discussão de pequeno grupo

Sessões de plenário

Reflexão partilhada.

Auxiliares de ensino

Os auxiliares de ensino podem incluir:

Filmes.

Gráficos, posters, imagens, folhetos, quadros para escrever, slides e projetor e acetatos.

Começar a sessão

Como exercício de aquecimento:

Pedir aos participantes para identificarem algumas tradições de que têm conhecimento.

Pedir aos participantes para darem razões para a existência dessas tradições.

As sessões

Introduzir a sessão e os seus objetivos

Definir tradição

Conversa em sussurro:

Pedir aos participantes para dizerem o que entendem por tradição

Permitir que sussurrem o que pensam em grupos de dois ou três.

Anotar as respostas dos participantes

Concordar com uma definição, por exemplo:

As tradições são os costumes, crenças e valores de uma comunidade que controlam e influenciam o comportamento dos seus membros. As tradições constituem hábitos aprendidos, transmitidos de geração em geração e fazem parte da identidade de uma

determinada comunidade. As pessoas aderem a estes padrões de comportamento, acreditando que são a coisa certa a fazer. Tradições estão muitas vezes escondidas por tabus e não são fáceis de mudar.

Exame de tradições em discussão de grupo pequeno:

Dividir os alunos em grupos e dar o exercício de grupo da seguinte forma:

- Listem as tradições que conhecem e decidam se são benéficas, prejudiciais ou neutras (nem benéficas nem prejudiciais).

Notas do facilitador

Benéfica	Prejudicial	Neutra
<ul style="list-style-type: none"> - Amamentação - Mulheres serem dispensadas de trabalho no pós-parto - Cuidados especiais e nutricionais para mulheres no pós parto - Rituais de afirmação na adolescência (sem MGF) que preparam para a adultícia 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de autonomia das mulheres na busca de cuidados medicos (são decisões tomadas pelos homens) - Tabus alimentares para mulheres grávidas e crianças. - Casamento precoce e cuidados a crianças pequenas para meninas - Alimentação forçada para bebés - Preferência pelos filhos rapazes - Prioridade dada aos homens e rapazes no que diz respeito à melhor comida (as raparigas e mulheres comem no fim) - Marcas tribais - MGF 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de talismãs - Colocar um pedaço de linha na fontanela dos bebés para curar soluços - Usar amuletos para manter os espíritos malignos longe.

Nota: A tabela acima é apenas um exemplo. Algumas das tradições mencionadas não serão relevantes para as comunidades. Como profissionais de saúde, devemos incentivar as tradições benéficas e desencorajar as prejudiciais.

Sessão 2 :Pensando em tradição prejudicial

Narrativa:

Tradition! Tradition! A story of Mother Earth, by Dorkenoo, E. published by FORWARD Ltd. London, 1992.

Era uma vez, num reino distante conhecido como Terra de Mirra. Lá vivia um povo orgulhoso de grande herança cultural, enriquecido por tradições profundamente enraizadas e muito apreciadas. Era tradição, por exemplo, que as mulheres de Mirra só tivessem uma perna. E, apesar de só terem uma perna, não havia de grupo de mulheres mais elegante. Elas tinham formas charmosas e graciosas e um extraordinário dom para a bela poesia. Ao mesmo tempo,

tinham ambições e possuíam a medida certa de astúcia necessária para alcançá-las. E quando a ocasião o exigia, eles podiam ser bastante agressivas. Um dia, o Grande Criador enviou a Mãe Terra para a Terra de Mirra para ver como as pessoas estavam a sair. É que tinha havido uma seca muito má, pessoas estavam famintas e, naturalmente, o Grande Criador estava preocupado.

E, assim, a Mãe Terra, disfarçou-se de uma velha e visitou a Terra de Mirra. À chegada, ela ficou surpreendida ao verificar que não só era normal como estava na moda andar numa só perna!

Então, a Mãe Terra começou a tentar descobrir as razões do estranho fenómeno das mulheres de uma só perna. Isso, no entanto, não foi uma tarefa fácil. As pessoas a quem ela perguntou deram respostas um tanto confusas acerca das razões pelas quais as mulheres eram incapazes de manter as duas pernas.

Algumas pessoas disseram-lhe que se uma das pernas das meninas não fosse cortada, ela cresceria e cresceria e antes que se apercebessem tornar-se-iam tão grandes como uma árvore! Outros disseram-lhe que uma mulher com ambas as pernas era incapaz de ter filhos. Outros ainda explicaram que uma mulher precisava de proteção de si mesma e de alguma forma ter uma perna cortada ajudou a garantir isso.

A Mãe Terra perguntou: "De que forma?" Mas não recebeu nenhuma resposta satisfatória. No entanto, quando persistiu com a sua pergunta, foi informada de que com duas pernas uma mulher iria fugiria e tornar-se-ia uma prostituta. Com uma ela teria mais dificuldade!

Algumas pessoas voltaram-se para os textos religiosos à procura de uma resposta à pergunta da Mãe Terra convenceram-se de que tinha sido o Grande Criador a decretar que as mulheres se comportar-se-iam melhor apenas com uma perna. Contudo havia na Terra da Mirra uma mulher muito velha que poderia lembrar-se de como esse hábito de cortar uma perna a cada menina tinha começado. E contou à Mãe Terra a seguinte história: "Há muito tempo", disse a velha, "na verdade há três mil anos atrás, no reinado de Moussa, a Terra da Mirra estava a passar por um período de abundância e houve grandes festas. "Todos os anos, realizavam-se festivais de dança coloridos e exóticos para selecionar a pessoa que seria a Governante da Terra. Naqueles tempos, homens e mulheres competiam enquanto melhores dançarinos para serem coroados Governantes de Mirra. "Durante cinco anos consecutivos, Moussa venceu todas as competições tranquilamente. Mas no sexto ano, parecia que o trono lhe seria arrebatado. Uma bela mulher tinha aparecido em cena e era claro que ela dançava muito melhor do que Moussa.

"Moussa ficou muito preocupada" - continuou a velha. "Ele decidiu que algo tinha que ser feito! Em desespero ele aprovou um decreto para que todas as mulheres devessem ter uma perna cortada. Isto parecia resolver o seu problema, pois dançar só com uma perna iria colocar todas as mulheres fora da competição. E assim Moussa pôde continuar o seu reinado por mais 20 anos".

Esta era, então, a lembrança da velha mulher de como o fenómeno das mulheres de uma só perna começou. Mas para as gerações do povo de Mirra, era simplesmente tradição, transmitida pelos seus antepassados. Para além disso, tornou-se responsabilidade das próprias mulheres tratarem de todas as raparigas aderem a esta tradição!

A Mãe Terra ficou fascinada com a história. Mas ela queria saber o que a velha pensava acerca desta ser uma boa prática.

A velha ponderou durante algum tempo e respondeu: "Eu conheci muitas tradições, algumas boas, outras más - quanto a esta, não tenho certeza". Então a Mãe Terra disse: "Mas eu, só de olhar para si, pensei que se sentisse confortável."

- Ah, não - disse a velha - Temos tantas dificuldades para executar as nossas tarefas diárias com uma perna!" Mas quando Moussa o decretou todas as pessoas ficaram assustadas e ninguém se atreveu a discutir o assunto. Todos colocaram uma expressão corajosa e professaram como se fosse uma tradição maravilhosa!

"Algumas pessoas disseram que só podiam ser bonitas com uma perna! Outras alegaram que só poderiam estar limpas só com uma perna! Muitas reivindicaram que uma mulher somente poderia ser pura com uma perna!!! "E passado algum tempo, algumas mulheres disseram: 'Por que devemos deixar as raparigas fora do plano? Nós sofremos tanto só com uma perna que agora é hora das jovens fazerem o seu papel na manutenção da tradição.

"Nessa altura, a Mãe Terra estava curiosa em saber o que os homens tinham a dizer sobre tudo isso. Seria possível que os pais seguissem cegamente essa tradição? Certamente que não! Mas na verdade, ela descobriu, que os homens não se podiam dar ao luxo de desaprovar a tradição - mesmo sendo uma má tradição. Acreditavam que isso iria destruir a honra e a dignidade da família afetando o seu estatuto na comunidade. "E além disso", argumentaram eles, "Quem pagaria um bom preço por uma filha com duas pernas para noiva?"

Então a Mãe Terra perguntou: "Então e as crianças?" Podia imaginá-las aos gritos, com medo e dor. Foi-lhe dito que as crianças seriam sempre crianças. Havia aquelas que gritavam e tinham de ser obrigadas a fazer a operação para o seu próprio bem. A maioria delas, porém, queria ser como as suas amigas e parte da multidão.

Nessa altura a Mãe Terra pensou que talvez os governantes da terra pudessem tomar a iniciativa de parar esta má tradição. Mas infelizmente nem mesmo eles estavam preparados para fazê-lo! Eles tinham medo de desafiar uma tradição tão enraizada. Entretanto a situação de produtividade da terra, atingida pela seca, estava a ficar cada vez pior. Com muletas, as mulheres tinham dificuldades em trabalhar a terra e viajar para encontrar os pastos e as folhagens mais ricas para os animais.

Mas à medida que a situação se agravava, a Mãe Terra notava que as pessoas de Mirra começavam a questionar. Alguns homens e mulheres começaram-se a reunir para discutir o que poderiam fazer para parar esta má tradição. Tinham percebido que chegara o momento de desafiar-la para que as gerações futuras pudessem sobreviver aos tempos difíceis. Enquanto conversavam entre si, descobriram uma multiplicidade de mitos que circundavam a tradição. Com o passar do tempo ganharam a força necessária para desafiar os mitos e começaram a planejar. Mas infelizmente durante todo esse tempo havia um espião entre eles. Desconhecido de todos, tinha traído os seus planos revelando-os para os governantes. Em troca, os governantes prometera-lhe que a sua família nunca passaria fome. E assim vieram os guardas expulsaram os líderes destas reuniões. E assim foi o fim do esforço do povo de Mirra para se unirem e acabarem com esta tradição maléfica. E assim, crianças, raparigas e mulheres continuam a ser mutiladas até hoje. Na verdade, isto tem acontecido há tanto tempo que as pessoas tomam-no, simplesmente, como um dado adquirido. Pararam de questionar a tradição!

Mas venham, crianças. Temos um jogo de sobrevivência para jogar e, para isso, precisamos de ambas as pernas. Venham!

Depois da narrativa:

Discuta as seguintes perguntas com os participantes:

Quem fez com que a comunidade refletisse sobre o fenómeno das mulheres de uma perna só?

- *Resposta: a Mãe Terra.*

Quem é a Mãe Terra?

- *Resposta: Todos nós.*

Listar as razões dadas para o fenómeno das mulheres de uma perna só:

- *Respostas: Era tradição porque acreditavam que:*

- *caso contrário a perna poderia crescer à altura de uma árvore*

- *a prática impedia a promiscuidade, pois uma rapariga de uma perna só teria dificuldade em fugir e tornar-se uma prostituta*

- *tornava as raparigas mais bonitas*

- *era uma obrigação religiosa (o Grande Criador havia decretado que as mulheres se comportariam melhor com apenas uma perna)*

- *era uma exigência para o casamento, nenhum homem iria querer uma mulher com duas pernas*

- *apenas as mulheres de uma só perna poderiam ter filhos*

- *tornava as mulheres limpas e puras.*

De acordo com a mulher velha, entretanto, a verdade era que ter apenas uma perna impediu as mulheres de competir e ganhar os festivais anuais da dança. Isto significava que elas estavam impedidas de se tornarem líderes.

Qual foi a abordagem da Mãe Terra para explorar a tradição?

- *Respostas*

- *fez perguntas*

- *não fez juízos*

- *ouviu empaticamente*

- *refletiu cuidadosamente.*

Qual foi o resultado das suas investigações?

- *Resposta:*

- *começou a refletir sobre a prática com alguns membros da comunidade*

- *motivou algumas pessoas dentro da comunidade a agir.*

O que aconteceu quando o grupo de ativistas foi traído?

- *Resposta: Toda a ação contra a prática parou e as pessoas foram punidas por desafiar a tradição.*

Que outra tradição é comparável ao corte de pernas?

- *Resposta: A prática da MGF.*

Qual é a mensagem do final da história?

- *Resposta: Algumas tradições são prejudiciais. A nova geração precisa ser educada e motivada para mudar tradições nocivas.*

Interpretação resumida da história

- Cortar a perna é comparável à MGF.

- A Mãe Terra representa a todos nós e a nossa responsabilidade individual e coletiva pelas ações da sociedade.
- A exploração da tradição por parte da Mãe Terra dependia da sua capacidade para se relacionar com a comunidade
 - ela fez perguntas
 - ela não fez juízos
 - ela ouviu empaticamente
 - ela refletiu cuidadosamente
 - ela usou uma abordagem positiva.

A Mãe Terra motivou as pessoas da comunidade para pensarem novamente acerca da tradição.

No final, quando a Mãe Terra convida as crianças a ouvir a história e a jogar um jogo de sobrevivência, indica que a nova geração precisa de ser educada e motivada para mudar as tradições.

Discussão em pequenos grupos:

Peça a cada grupo para:

Criar, narrar ou escrever o próximo capítulo da história, tendo como tema: "O que a nova geração pode fazer para mudar esta tradição prejudicial?"

Lista de verificação para professores

Abordagens construtivas para mudar uma tradição prejudicial incluem:

Sensibilizar as comunidades para os problemas associados à tradição.

Trabalhar com as comunidades para eliminar a prática.

Educação de profissionais de saúde para fornecer conhecimento e entendimento acerca das consequências da prática.

Mobilização de jovens, mulheres, idosos e líderes para trabalharem na eliminação da prática.

Introdução de legislação contra a prática a nível comunitário.

Todas estas questões, da MGF como tradição prejudicial, devem ser discutidas com os participantes.

Encerramento da sessão:

Faça perguntas aos participantes para verificar se compreenderam as problemáticas.

Dê informações sobre a próxima sessão.

2.1: O que é a Comunicação de Mudança de Comportamento (BCC)?

Objetivos

No final desta sessão os participantes serão capazes de:

- Definir o termo "comportamento".
- Definir Mudança de Comportamento e Comunicação de Mudança de Comportamento.
- Compreender que a mudança de comportamento é um processo.

Duração: 20 minutos

Materiais necessários

- Flipchart

- Marcadores
- Fita adesiva

Atividade 1: Definir o termo “Comportamento”

Divida os participantes em pares e, em seguida, peça-lhes para fazerem um brainstorm sobre o significado de comportamento.

Escreva suas respostas no flipchart

Atividade 2: Sessão de plenário

- Permita que os pares relatem e discutam em sessão plenária qual é, na sua opinião, o significado do comportamento.
- Compartilhe com os participantes a definição de comportamento que se encontra nas notas do facilitador.

Atividade 3: Definição de Mudança de Comportamento e BCC

Divida os participantes em quatro grupos. Dois grupos trabalharão na definição da mudança de comportamento e dois grupos trabalharão na definição da comunicação de mudança de comportamento.

- Diga aos participantes que cada membro do grupo tentará definir / descrever a mudança de comportamento ou BCC (o termo para que o grupo seja designado). Cada pessoa deve surgir com uma frase que pense melhor definir mudança de comportamento ou BCC. Selecione uma pessoa do grupo para recolher as frases e escreva as respostas no flipchart do grupo. Após fazê-lo, os membros do grupo não devem discutir suas definições entre si.
- Após cada membro ter escrito a sua frase no flipchart, cada membro do grupo deve colocar uma marca ao lado da frase que pensa melhor definir mudança de comportamento ou BCC. Após fazerem isto, os membros não devem discutir seus pensamentos entre si.
- Depois que todos colocarem uma marca ao lado da frase, peça aos grupos que façam uma definição de mudança de comportamento ou BCC usando o conceito que tem mais marcas (a frase com mais marcas é aquela que os membros do grupo aceitam como melhor definição para os termos).
- Um membro de cada grupo apresenta a definição do grupo a todos os participantes. Isso ajudará o facilitador a determinar se os participantes compreendem os fundamentos da mudança de comportamento e BCC e facilitará a discussão quando o líder do grupo der as definições de mudança de comportamento e BCC.

Notas do facilitador

Dê aos participantes as seguintes definições:

Comportamento: É uma ação - algo fazível, que pode ser observado ou modelado. O comportamento é diferente daquilo que o impulsiona (isto é, crenças culturais), é um ato, por exemplo, o sexo com múltiplos parceiros.

Mudança de comportamento: Refere-se ao processo abrangente pelo qual uma pessoa passa através dos (estádios de: Não pensar > pensar >> ação/prática >>> fazer sempre ou reincidir).

Comunicação de mudança de comportamento: Este é um processo através do qual indivíduos estão envolvidos no diálogo para reflexão honesta acerca dos seus comportamentos, atitudes, crenças e práticas com o objetivo de ajudá-los a ver como beneficiariam com a mudança em

diferentes áreas de suas vidas. BCC também pode ser definido como um processo interativo com comunidades (integrantes de um programa global) para o desenvolvimento de mensagens e abordagens adaptadas utilizando uma variedade de canais de comunicação com vista a um comportamento positivo; promover e sustentar mudanças de comportamento individuais, comunitárias e sociais; e manter um comportamento propício.)

Atividade 4: Estádios de Mudança de Comportamento

O facilitador continua esta sessão pedindo aos participantes para compartilharem experiência de vida:

- Pergunte aos participantes se algum deles passou pelo processo de mudança de comportamento (por exemplo, se alguém deixou de fumar? Ou tem alguém que costumava ter mais de um parceiro sexual e reduziu o número de parceiros para um ou nenhum?) Deve perguntar-lhes como e porquê mudaram esse comportamento.
- Após a descrição dessas experiências, escolha uma e leve a sessão através das etapas pelas quais se passa para alcançar a mudança de comportamento desejada.
- Levar os participantes através das etapas e processo de Mudança de Comportamento. (Ver figura 2.1 abaixo).

Notas do facilitador

Mudança de comportamento é um processo que envolve uma série de etapas. Indivíduos e comunidades passam por uma sequência de estádios, por vezes avançando, por vezes retrocedendo e por vezes falhando alguns estádios. Mesmo quando indivíduos ou comunidades adotam um comportamento, podem às vezes regredir para o comportamento inicial devido a várias circunstâncias.

Compreender onde indivíduos ou comunidades estão no processo de mudança é importante na concepção de mensagens de BCC apropriadas.

Diferentes canais de comunicação foram documentados como sendo mais eficazes em diferentes estádios do processo de mudança de comportamento, alcançando objetivos diferentes. Comunicação nos media pode garantir uma disseminação correta das informações pelas populações e pode influenciar atitudes positivas, mas quando os indivíduos são motivados a adotar novos comportamentos, políticas e maior ambiente social passa a ser mais importante.

Quando a população-alvo estiver pronta a mudar, as atividades, serviços ou produtos promovidos devem estar disponíveis, caso contrário, o objetivo BCC pode falhar, ou seja, não faz sentido haver serviços de teste e aconselhamento do VIH, enquanto a população-alvo não tiver acesso a esses serviços.

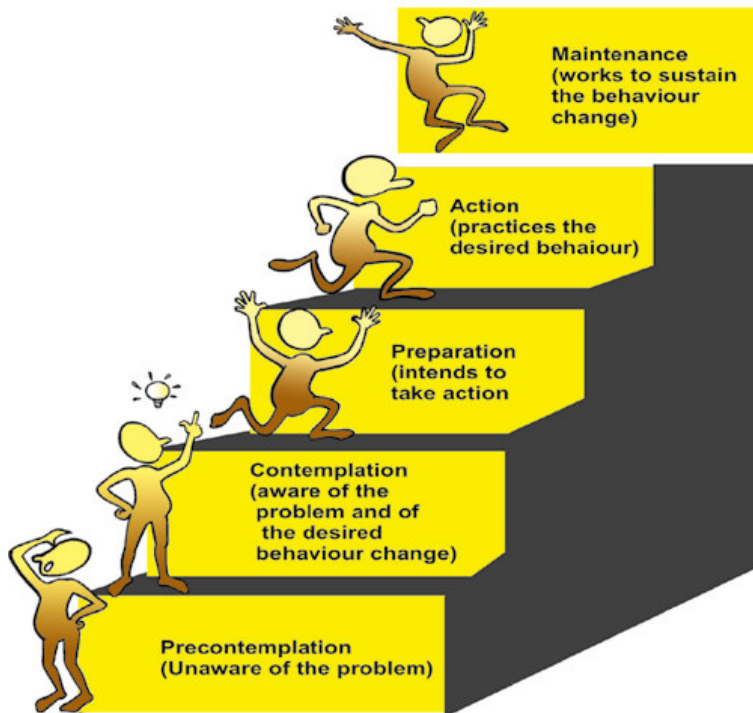


Figura 2.1.1.: Estádios da mudança comportamental

Processo e contexto de Mudança de Comportamento

A figura seguinte ilustra o continuum dos estágios de mudança de comportamento, os fatores promotores e os canais.

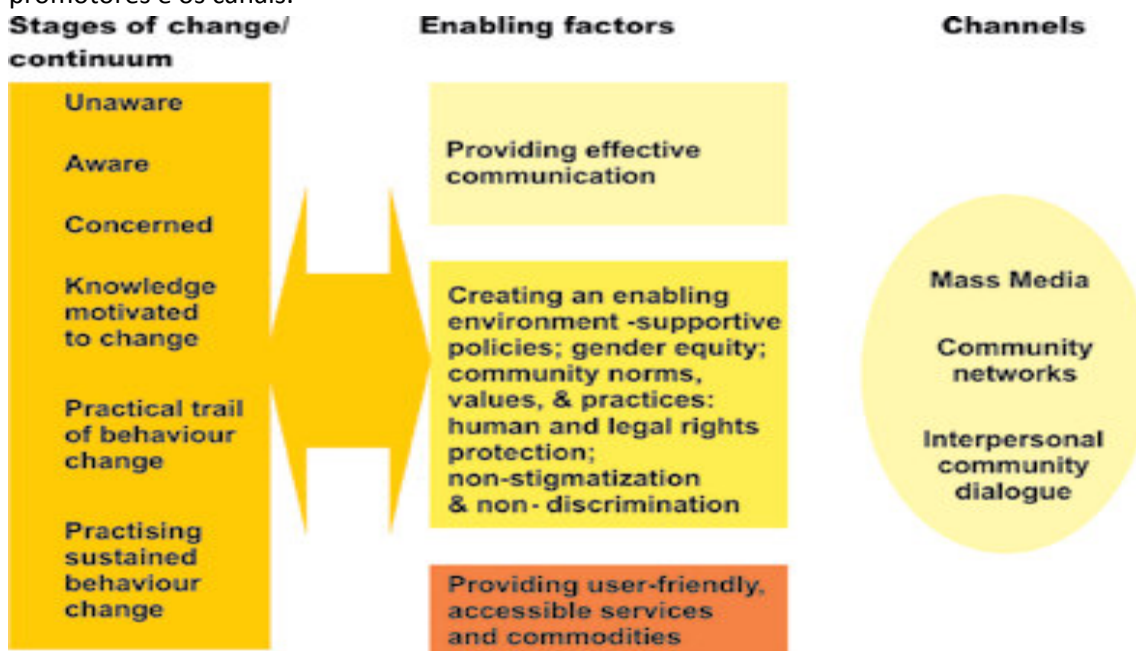


Diagrama 2.2: Processo de mudança de comportamento

2.2: Porquê a BCC?

Objetivos

No final desta sessão, os participantes deverão ser capazes de compreender o papel da BCC na prevenção do VIH.

Duração: 10 minutos

Materiais

Flipcharts, marcadores e fita adesiva

Método

Pequena palestra e sessões de brainstorming

Atividade 1: Os papéis da BCC no VIH/SIDA

Peça aos participantes que façam um brainstorm sobre os principais papéis que os programas BCC desempenham na prevenção, cuidados e mitigação de impactos do HIV e SIDA.

Escreva as respostas no quadro ou flipchart.

Atividade 2: Quanta eficácia pode BCC atingir

Após a sessão de reflexão, explique aos participantes que uma BCC eficaz pode:

- **Aumentar o conhecimento** assegurando que as pessoas recebem as informações básicas sobre HIV/SIDA num ambiente linguístico ou visual (ou qualquer outro meio) que podem entender e relacionar-se.
- **Estimular o diálogo** comunitário, incentivando discussões sobre os factos básicos acerca do HIV/SIDA bem como fatores subjacentes que contribuem para o seu aumento como comportamentos de risco, práticas culturais de risco relacionadas com o sexo e sexualidade e práticas marginalizadas (por exemplo, uso de drogas).
- **Promover uma mudança** de atitude apropriada acerca dos tópicos como o risco individual de infeção com HIV, crença no direito e responsabilidade por práticas seguras e prestação de serviços empáticos e que não efetuem juízos, abertura acerca dos papéis de género e os direitos básicos de pessoas vulneráveis e afetadas pelo HIV/AIDS.
- **Reduzir o estigma e a discriminação** através da comunicação acerca da prevenção do HIV e mitigação da SIDA abordando o estigma e a discriminação e tentando influenciar as respostas sociais correspondentes.
- **Criar uma exigência** por informações e serviços estimulando indivíduos e comunidades a exigir informações sobre HIV/SIDA e serviços apropriados.
- **Liderar os decisores políticos e líderes de opinião** para abordagens eficazes acerca da epidemia.
- **Promover serviços de** (1) prevenção, cuidados e apoio a pessoas com ISTs; (2) prevenção da transmissão de mãe para filho; (3) grupos de apoio para PLVIH; (4) cuidados clínicos para infeções oportunistas; e (5) apoio social e económico.
- Melhorar as competências e o sentido de autoeficácia, centrando-se no ensino de competências e comportamentos, como o uso de preservativos, negociação de sexo seguro e utilização segura de injetáveis. Isto pode contribuir para um sentido de confiança para agir e tomar decisões.

2.3: Visão sobre teorias de mudança de comportamento

Objetivo

No final desta sessão, os participantes deverão ser capazes de:

- Identificar e estar familiarizado com as teorias de mudança de comportamento.
- Identificar e ser capaz de utilizar uma estrutura teórica adequada à sua comunidade.

Duração: 15 minutos

Materiais

Flipcharts, marcadores e fita adesiva

Método e atividade

- Trabalho de grupo e sessão plenária
 - Apresentação de PowerPoint ou flipcharts preparado com as teorias e explicações breves
- Exemplos de observações, quando aplicável (Ver Apêndice 4 para informação sobre Teorias sobre a mudança de comportamento).

Atividade 1: Introdução a teorias de mudança de comportamento

- Divida os participantes em três grupos e peça-lhe que identifiquem dois comportamentos que irão discutir. Estes podem ser, por exemplo, fumar ou ter relações sexuais desprotegidas.
- Peça aos participantes que façam um brainstorm sobre o seguinte:
 - i) O que influencia uma pessoa a iniciar um determinado comportamento?
 - ii) O que leva uma pessoa a parar ou mudar esse comportamento em particular?
- Deixe os participantes reportarem as suas ideias em plenário sendo que todas as respostas serão registadas no flipchart.
- Resumir as respostas e vinculá-las às teorias de mudança de comportamento, conforme definido abaixo.

Notas do facilitador

A comunicação de mudança de comportamento tem as suas raízes em teorias de mudança de comportamento. Essas teorias ajudam os programas de intervenção a entender os motivos que levam as pessoas a comportarem-se como o fazem. Subsequentemente, os programas procuram desenvolver estratégias baseadas em teorias que reforçam o comportamento saudável ou mudam o comportamento indesejado. As teorias acerca de mudança de comportamento que podem aplicadas ao HIV e SIDA incluem:

i. **Teoria da difusão de inovação:** Esta teoria postula que as pessoas são mais propensas a adotar novos comportamentos baseados em avaliações favoráveis acerca da ideia comunicada se isto for feito por outros membros da comunidade que respeitam. Quando a teoria da difusão é aplicada à redução do risco de HIV, mudanças normativas e comportamentais de risco podem ser iniciadas quando um número suficiente de líderes de opinião adotam e endossam mudanças comportamentais, influenciam outros a fazerem o mesmo e, eventualmente, difundem a nova norma dentro das redes de pares. Quando crenças de prevenção benéfica estão instaladas e amplamente realizadas dentro da rede social imediata, o comportamento do indivíduo é mais provável de ser consistente com as normas sociais percebidas.

- ii. **Modelo das etapas de mudança:** A mudança de comportamento não ocorre de uma vez. Por exemplo, as pessoas não mudam porque sabem que o HIV e a SIDA não têm cura. A mudança acontece em fases, por vezes, avança-se, por vezes regride-se e por vezes falham-se alguns estádios. Mesmo quando indivíduos ou comunidades adotam um novo comportamento, pode acontecer, por vezes, que o comportamento retorne ao antigo devido a várias circunstâncias. Entender onde indivíduos ou comunidades estão no processo de mudança é importante na conceção de mensagens de BCC adequadas.
- iii. **Modelo de autoeficácia:** Esta teoria sugere que as pessoas mudam observando as mudanças bem-sucedidas dos seus pares. "Se o educador de pares, que é um de nós, pode fazê-lo, então nós também podemos".

No entanto, em geral, os modelos teóricos acima mencionados reconhecem o facto do comportamento humano ser determinado por fatores socioeconómicos, culturais e ambientais mais amplos e, portanto, as estratégias e programas de BCC devem visar igualmente as normas e as instituições sociais. O comportamento humano permanece crítico ao nível da prevenção do VIH e, assim, as intervenções a nível individual, em pequenos grupos e na comunidade podem gerar comportamentos mais seguros.

2.4: Desenvolvimento de Mudança Comportamental e objetivos da BCC

Objetivo

No final desta sessão, os participantes deverão ser capazes de:

- Definir "Objetivo" e "Objetivos de BCC".
- Identificar os fatores que impedem uma BCC eficaz na prevenção e cuidados ao nível de HIV e SIDA.

Duração: 30 minutos

Materiais

Flipcharts, marcadores e fita adesiva

Métodos

Atividade 1: Definir "Objetivo" e "Objetivos de BCC".

- Peça aos participantes que definam o termo Objetivo e Objetivos de BCC. Escreva as respostas no flipchart.
- Explique aos participantes as definições contidas nas notas do facilitador usando exemplos apropriados. O facilitador deve expor mais sobre estas definições para se adequar à comunidade local, dando exemplos adequados.

Notas do facilitador

Um objetivo é uma meta que visa ser alcançada. Algo cujas ações ou esforços de alguém pretendem alcançar.

Os objetivos da BCC estão relacionados com questões específicas identificadas ao avaliar uma situação, conhecimentos, atitudes e competências que podem precisar ser alteradas no sentido da mudança de comportamento e metas do programa. Exemplos de objetivos da BCC incluem:

- Aumento da percepção do risco ou mudança de atitude em relação ao uso do preservativo.
- Aumento da procura de serviços tais como o tratamento de IST
- Criar procura por informações sobre HIV e SIDA e de produtos como preservativos
- Criar interesse da parte dos decisores políticos para que prestem serviços a populações de risco como os profissionais do sexo ou homens que fazem sexo com homens
- Promover a aceitação da parte da comunidade/família acerca da sexualidade juvenil e da necessidade de falar francamente sobre ela.

Atividade 2: Identificar comportamentos que precisam ser alterados ou encorajados

- Divida os participantes em três grupos.
- Peça a cada grupo para discutir e registar as respostas às seguintes perguntas
- Que comportamentos, atitudes e práticas de risco devem ser mudados?
- Que comportamentos, atitudes e práticas devem ser encorajados?
- Que fatores que podem dificultar a eficiência da BCC na prevenção e tratamento do VIH/SIDA na comunidade?
- Os porta-voz de cada grupo deverão, em 10 minutos, apresentar o seu trabalho em plenário
- Certifique-se de que as informações abaixo estão incluídas:

Notas do facilitador

Comportamentos e atitudes de risco que precisam ser mudados

- Vários parceiros sexuais
- Sexo não protegido
- Violência baseada no género – violação ou coerção sexual
- Crenças acerca do facto da SIDA ser bruxaria e de que as pessoas com VIH são promíscuas
- Práticas tradicionais nefastas tais com a herança da viúva
- Atitude errada representada pela expressão "um touro deve morrer com erva na boca". Uma expressão acerca da masculinidade significa que indica que um homem não deve ter medo de nada e deve ser destemido.

Comportamentos, atitudes e práticas que devem ser encorajados

- Abstinência
- Fidelidade
- Uso consistente de preservativos
- Respeito e compaixão pelas PVVIH
- Prestação de cuidados e apoio às PVVIH e a outras pessoas afetadas.

Fatores que podem dificultar a intervenção eficiente da BCC

- Mensagens que estigmatizam aqueles que estão infetados
- Mensagens que não estão devidamente estruturadas para que se possam abordar práticas culturais sensíveis, tais como MGF, herança da viúva e outros temas considerados "tabu".
- Normas culturais e sociais que marginalizam as raparigas e mulheres relativamente à propriedade de bens, terra ou herança o que leva à pobreza e a um sentimento de dependência
- A pressão dos pares, especialmente entre os jovens
- Uso inadequado dos media e que não estão disponíveis para a comunidade

- Glorificação do sexo em anúncios
- Fácil acesso à pornografia da parte dos jovens na Internet, TV, revistas, etc.
- Uso de linguagem que não é adequada ao público-alvo
- Falta de informação adequada e apropriada

2.5: Análise do comportamento sexual de risco

Objetivos

Os objetivos desta sessão são os seguintes:

- Aumentar a compreensão acerca do comportamento sexual de risco entre diferentes públicos-alvo.
- Identificar possíveis intervenções de Mudança de Comportamento para reduzir a sua vulnerabilidade.

Duração: 30 minutos

Materiais e preparação

Flipcharts, marcadores, canetas e fita adesiva

Atividade 1: Por que as pessoas se envolvem em comportamentos sexuais de risco

- Escreva no flipchart as seguintes categorias de pessoas:
 - »» Trabalhadores do sexo
 - »» Jovens na escola
 - »» Jovens fora da escola
 - »» Trabalhadores migrantes - maridos que deixaram as esposas no país de origem
 - »» Esposas cujos maridos trabalham longe das casas rurais
 - »» Casais casados
- Divida os participantes em três grupos
- Peça a cada grupo que escolha duas categorias de público-alvo acima mencionadas e que faça um *brainstorm* sobre as possíveis razões para se envolverem em comportamentos de risco que os tornem vulneráveis a contrair IST's ou VIH.
- Peça a cada grupo que faça um *brainstorm* sobre o que precisa ser feito e por quem, para corrigir e mudar tal comportamento sexual de risco.
- Dê aos grupos 10 minutos para discutir.
- Em sessão plenária cada grupo deve apresentar as suas conclusões.

Notas do Facilitador

Pontos-chave a considerar durante a sessão:

- Jovens fora da escola: Desemprego, utilização de drogas e alcoolismo podem ser forças motrizes. Portanto, a BCC tem de tomar em consideração as causas profundas subjacentes aos problemas da comunidade.
- Jovens na escola: Há pouca comunicação entre pais e filhos sobre as questões de sexualidade, deixando este trabalho para a escola. Os pais precisam abordar a questão da sexualidade dos seus filhos.
- Trabalhadores do sexo: Sem abordar a questão da pobreza ou dos meios alternativos de subsistência, estas pessoas irão sempre voltar aos seus velhos hábitos.

- Trabalhadores migrantes: ter em conta a cultura dos homens da nossa comunidade onde a poligamia ou ter uma amante é "uma norma aceitável".

Casais casados: Existe um aumento na prevalência do VIH entre casais. Isto significa que os cônjuges têm cada vez mais relações extraconjugais trazendo, desta forma, o HIV para a instituição matrimonial. Portanto, dirigir-se aos casais está a tornar-se vital para uma programação sustentável ao nível do VIH/SIDA.

2.6: Desenvolvimento de mensagens de mudança de comportamento

Objetivos

No final desta sessão os participantes devem ser capazes de:

- Descrever e definir o que é uma mensagem.
- Determinar quando uma mensagem é uma mensagem de alteração de comportamento.
- Desenvolver exemplos de mensagens de alteração de comportamento.

Duração: 45 minutos

Materiais

Flipcharts, marcadores e papel

Método

Exposição, trabalho de grupo, plenário e debate

Atividade 1: Definir o termo “Mensagem”

- Em plenário, peça aos participantes que definam o termo “mensagem” e expliquem o objetivo de uma mensagem num programa ou campanha de sensibilização sobre VIH/SIDA
- Discuta as respostas e esclareça dando explicações conforme o indicado nas notas do facilitador abaixo.

Notas do facilitador

Uma mensagem consiste em informações cuidadosamente elaboradas que são direcionadas a grupos específicos. Deve ser concebida para cumprir os objetivos da BCC e estimular a discussão e a ação. Uma mensagem só será considerada uma mensagem de mudança de comportamento quando se concentra nas mudanças desejadas e quando aborda diretamente a população-alvo a nível emocional. A maioria das mensagens concentra-se no aumento de conhecimento. No entanto, o aumento de conhecimento por si só não promove necessariamente mudanças ao nível dos comportamentos de risco. Mesmo quando as pessoas sabem como prevenir o VIH/SIDA precisam de encorajamento para mudar o comportamento.

Atividade 2: Procedimento no desenvolvimento de mensagens de mudança comportamental

Com o flipchart preparado, mostre aos participantes as etapas de criação de mensagens de mudança de comportamento.

Notas do facilitador

O que se descreve a seguir é uma metodologia padrão para desenvolvimento de mensagens-chave para a mudança de comportamento:

Passo 1: Desenvolver o perfil da população-alvo a partir de avaliação formativa (quem é a população-alvo, quais são seus comportamentos atuais, o que ela já sabe, quais são os possíveis canais de comunicação, etc).

Etapa 2: Identificar a mudança de comportamento desejada (uso do preservativo a cada ato sexual, redução dos múltiplos parceiros sexuais).

Passo 3: Compreender e ter em conta as diferentes situações que podem afetar a ação e a tomada de decisão (falta de confiança, concepção errônea face ao prazer, normas sociais).

Etapa 4: Identificar informações ou dados que serão importantes a população-alvo entender (o mito do parceiro de leal)

Etapa 5: Desenvolver declarações-chave acerca dos benefícios que levem em conta as esperanças e aspirações da população-alvo. Se eu usar preservativos para cada ato sexual, beneficiarei protegendo a minha esposa ou parceiro sexual face ao VIH/SIDA. Seja qual for o benefício, supera quaisquer desvantagens ou custos que a população-alvo possa identificar.

Etapa 6: Desenvolver mensagens a partir das declarações-chave de benefício. As mensagens devem ser simples, atraentes e deixar claro os benefícios daquilo que está a ser promovido, através de palavras ou imagens. (Ver Figura 2.6.1)

As mensagens que promovem serviços ou produtos tais como preservativos devem incluir informações sobre como e onde obter esses serviços ou produtos e como usá-los. Os serviços ou produtos promovidos devem estar acessíveis. Descritas na próxima sessão estão as estratégias da BCC que podem ser usadas para disseminar mensagens de mudança de comportamento.

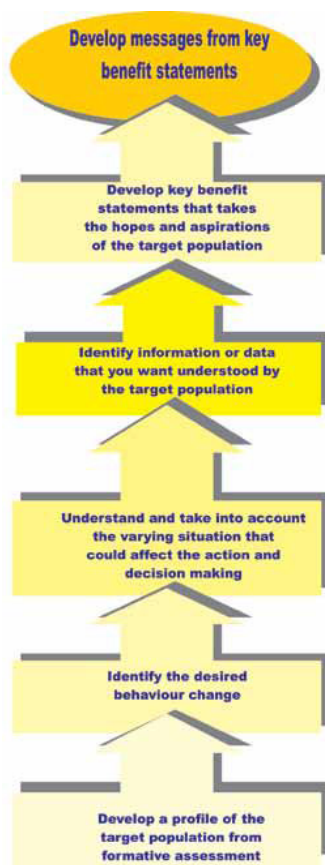


Diagrama 2.1 : Passos para o desenvolvimento de mensagens de BCC

Atividade 3: Trabalho de grupo – desenvolver exemplos de mensagens

- Divida os participantes em grupos de quatro ou menos pessoas dependendo do número de participantes.
- Peça aos participantes que escolham uma questão relacionada com uma mudança de comportamento, por exemplo o uso de preservativos, redução do número de parceiros sexuais, mitos na comunidade sobre IH/SIDA, estigma e discriminação na comunidade..
- Peça ao grupo que desenvolva uma mensagem simples de BCC sobre a questão escolhida.
- Em plenário, analise as mensagens discutindo os méritos e deméritos daquilo que os grupos sugerem.

2.7: Estratégias de BCC

Objetivos

Até ao final desta sessão, os participantes serão capazes de:

- Identificar e explicar as diferentes estratégias participativas de BCC que podem ser utilizadas nas atividades ao nível de VIH/SIDA junto da comunidade.
- Identificar os meios adequados que podem ser utilizados na comunidade para atividades de BCC.

Duração: 45 minutos

Materiais

Flipcharts, marcadores e fita adesiva

Método

Brainstorming, pequena palestra e discussão de grupo

Atividade 1: Identificar abordagens de BCC

- Peça aos participantes que identifiquem os diferentes tipos de atividades de BCC que desenvolver para sensibilização da sua comunidade ao nível do VIH.
- Escreva suas respostas no flipchart.
- Revejam as respostas em conjunto, assegurando que as estratégias destacadas nas notas do facilitador, abaixo, estão incluídas.

Notas do facilitador

O comportamento humano é complexo. E torna-se ainda mais complexo, especialmente quando se trata de comportamento sexual, o qual, na maioria das comunidades africanas é tabu, embora a maioria das novas incidências de VIH resulte de sexo. Para promover comportamentos sexuais mais seguros e criar demanda por serviços de assistência e apoio no âmbito do VIH/SIDA, diferentes abordagens de comunicação são utilizadas ao nível da comunidade. As abordagens de comunicação comuns utilizadas para influenciar a mudança de comportamento podem ser categorizadas da seguinte forma:

1) Abordagens de comunicação interpessoal

Trata-se de uma comunicação personalizada que inclui:

- **Educação entre pares** – Que geralmente envolve o uso de membros de um determinado grupo para efetuar mudanças noutros membros do mesmo grupo. A educação por pares é frequentemente utilizada para efetuar mudanças a nível individual, tentando modificar o

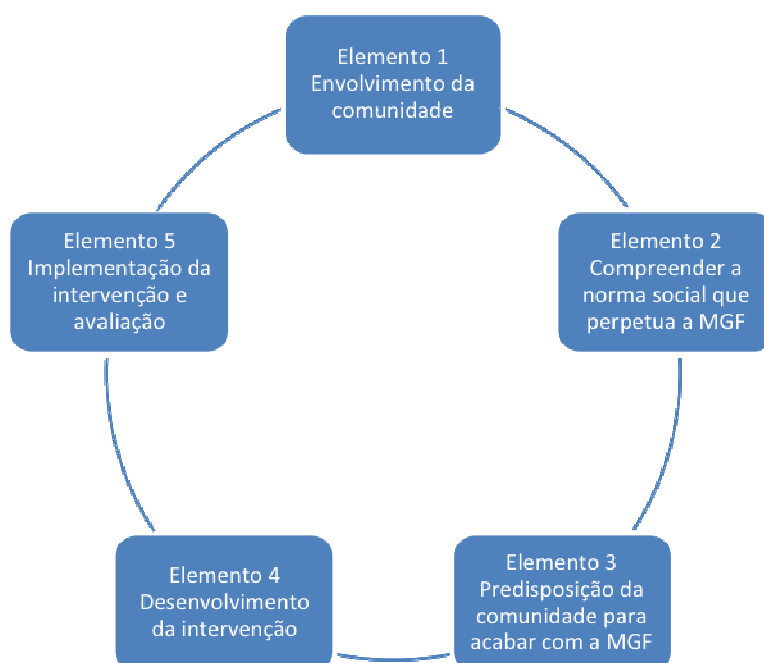
conhecimento, atitudes, crenças ou comportamentos de uma pessoa. No entanto, a educação pelos pares também pode influenciar a mudança a nível do grupo ou sociedade, modificando as normas e estimulando a ação coletiva que leve a mudanças nos programas e nas políticas. É uma das abordagens mais populares em contexto escolar, fora da escola, locais de trabalho e com grupos vulneráveis, como profissionais do sexo, utilizadores de drogas injetáveis, HSH, os quais não são facilmente acessíveis por causa da criminalização das suas atividades.

- **Workshops de advocacia, comunicação e sensibilização** – A divulgação e advocacy utilizam pessoas formadas para atingir o público-alvo com informações e/ou produtos (por exemplo, materiais educativos, preservativos) numa área geográfica específica. Estes programas no âmbito do VIH têm um enorme potencial para reduzir a transmissão da doença através de atividades que visam populações de alto risco para. Alcançar os grupos vulneráveis requer que os programas cheguem aos locais de trabalho das pessoas e aos locais onde vivem. Tais abordagens podem atingir de forma eficaz tanto os trabalhadores estáticos, tais como operários fabris, bem como trabalhadores móveis e grupos marginalizados, tais como camionistas, profissionais do sexo e HSH.

- O **aconselhamento** utiliza pessoal formado para ajudar os outros a entender os seus problemas, identificar e desenvolver soluções e tomar decisões sobre o que fazer. O aconselhamento envolve ouvir os problemas e temores do cliente, promovendo a autoestima do cliente e dando informações corretas e úteis. O aconselhamento pode ser conduzido numa base individual ou envolvendo um grupo de pessoas com uma questão comum.

- **Discussões em pequenos grupos:** Esta é uma forma de diálogo comunitário onde o facilitador (s) introduz um tópico sob a forma de desafio comportamental - como os múltiplos parceiros sexuais - para um grupo comunitário e modera os participantes numa discussão.

Sessão 3: Elemento 1 da abordagem REPLACE: Envolvimento da comunidade



Introdução

A abordagem REPLACE é sustentada pelo envolvimento da comunidade para agir no sentido de acabar com a MGF. Cada um dos cinco Elementos da Estrutura Cíclica requer intervenientes que atuem em estreita colaboração com os membros da comunidade afetada pela MGF. Assim, o envolvimento da comunidade deve ser integrado em todos os elementos da estrutura cíclica para assegurar a transformação da norma social. O objetivo final da abordagem de envolvimento comunitário do REPLACE é a capacitação e motivação dos membros das comunidades afetadas para que tomem medidas para acabar com a norma social que apoia a prática da MGF nas comunidades.

3.1 Por que motivo é importante o Envolvimento Comunitário

Pesquisas recentes acerca da influência das normas sociais sobre a continuidade da MGF levaram a um maior ênfase nas abordagens "lideradas pela comunidade" no combate à MGF (Mackie, 2000; UNICEF, 2010). Além disso, o REPLACE descobriu vários outros benefícios que podem derivar do envolvimento da comunidade. Estes incluem o facto do envolvimento da comunidade:

- ♣ Permitir que o conhecimento e os recursos da comunidade sejam mobilizados para uma determinada intervenção o que faz aumentar a sua eficácia.
- ♣ Criar uma sensação de apropriação da intervenção da parte dos membros da comunidade o que permite que trabalhem em conjunto com os intervenientes para determinar a maneira mais adequada para resolução do problema.
- ♣ Aumentar a utilização de programas de intervenção. Existe maior possibilidade de uma intervenção ser adotada pelos membros da comunidade se sentirem que estão envolvidos na sua conceção e implementação.
- ♣ Reduzir a resistência da comunidade ao programa de intervenção.
- ♣ Aumentar a sustentabilidade a longo prazo de um projeto de intervenção. Ao participar ativamente numa intervenção, os membros da comunidade adquirem novas competências que podem usar para continuar a intervenção para além da vida útil do projeto.
- ♣ Fornecer pistas para desenvolver relações de confiança com os membros da comunidade. A falta de envolvimento com a comunidade provavelmente criará sentimento de resistência da parte da comunidade em relação aos esforços de intervenção.

3.2 A abordagem de Envolvimento Comunitário do REPLACE

O REPLACE reconhece que as comunidades têm uma riqueza de conhecimento e recursos que podem ser aproveitados para abordar as questões que os afetam. Por isso, enfatiza uma abordagem de baixo para cima, liderada pela comunidade para combater a MGF. Isso sugere que os quem desenvolve a intervenção devem ter em conta os membros da comunidade como colaboradores e parceiros e não atuar como prescritores de soluções de cima para baixo. Em última análise, o REPLACE exige que os membros da comunidade se envolvam amplamente em

todos os aspectos do ciclo de intervenção, incluindo a pesquisa, o projeto, a implementação e a avaliação. A abordagem de REPLACE para o envolvimento da comunidade é sustentada por quatro princípios fundamentais: inclusão, respeito, eficácia e transparência (ver Tabela 3.1).

Tabela 3.1 Princípios do Envolvimento Comunitário

Princípios do Envolvimento	Descrição
Inclusão	O envolvimento de diferentes indivíduos ou grupos afetados pela a MGF é abordado independentemente da sua posição na sociedade. Isso sugere a construção de uma diversidade étnico-cultural, de gênero e intergeracional no processo de envolvimento. Significa também a necessidade de eliminar as barreiras físicas, psicológicas e socioeconômicas para a participação de todos os grupos.
Respeito	No sentido do reconhecimento da autonomia dos membros da comunidade acerca das decisões que os afetam e sua capacidade para promover mudanças em relação às questões que os afetam. Isso também significa reconhecer o conhecimento e os recursos dos membros da comunidade e a necessidade de levar a sério as suas opiniões e contribuições. O respeito pelos membros da comunidade também sugere a adaptação do envolvimento da comunidade às necessidades da comunidade.
Eficiência	Medidas adequadas são tomadas para garantir que os membros da comunidade sejam capacitados através da divulgação de informação, educação e disponibilização dos recursos necessários para permitir que se envolvam efetivamente no projeto.
Transparência	A necessidade dos membros da comunidade serem adequadamente informados acerca do projeto de intervenção, incluindo a sua finalidade e suas limitações, bem como a natureza do seu envolvimento.

Fonte: REPLACE.

O projeto REPLACE utilizou três procedimentos abrangentes para envolver as comunidades. São eles:

- ♣ Conhecer a comunidade-alvo
- ♣ Envolver-se com a comunidade-alvo
- ♣ Monitorizar e avaliar o processo de envolvimento da comunidade. Estes procedimentos são descritos de seguida.

3.3 Conhecer a comunidade-alvo

O envolvimento efetivo da comunidade depende da identificação e envolvimento com a comunidade "certa". Assim, é importante considerar desde o início quem é a comunidade alvo da intervenção, a sua natureza e suas características bem como mobilizar os membros dessa comunidade. Uma comunidade alvo poderia incluir uma variedade de diferentes grupos sociais.

Sessão 4 – Mudança comportamental e disseminação

O propósito desta sessão passa por ajudar os participantes a construir capacidades de bons advogados de forma a poderem envolver eficazmente a comunidade em questões-chave. Compreender os aspetos da mudança é, igualmente, uma parte importante do envolvimento da comunidade. Esta sessão propõe-se a informar os participantes como o conhecimento, atitudes e comportamento afetam a mudança.

Resultados esperados da sessão

- Aumentar a confiança e a clareza no desenvolvimento de ações que levem a família e a comunidade à mudança.
- Desenvolver competências de bons advogados
- Compreender os fatores por trás da mudança de comportamento.

Boas vindas - 10 minutos

- Receber os participantes para a sessão 5
- Fazer um resumo da sessão anterior
- Descrever os objetivos da presente sessão

EXERCÍCIO 1 – Características de um bom advogado

Meta: ajudar os participantes a identificar as características de um bom advogado de forma a que percebam que são as competências que eles próprios podem desenvolver e melhorar.

Materiais: Flipchart e marcadores

Tempo: 30 Minutos

- Dividir os participantes em pares para brainstorm e anote as características de um bom advogado e porquê.

- Pedir aos participantes que retomem o grupo grande e compartilhem e discutam com quem podem desenvolver as competências descritas. De seguida encontra-se uma lista de características que podem ser consideradas durante a discussão:

Focado	Criativo	Credível	Comprometido	Bem informado
Com conhecimento	Paciente	Motivado	Com crença na causa	
Com pensamento estratégico		Excelente comunicador	Flexível	
Corajoso	Bom trabalhador de equipa		Perseverante	
Mobilizador de Recursos				

- Para além disto faça com que os participantes reflitam sobre as seguintes características e como podem ser adquiridas ou conquistadas
 - Aprender a canalizar a raiva e a frustração para a ação
 - Advogar por raparigas e mulheres garantido a prestação de serviços
 - Ensinar outras mulheres
 - Negociar e reunir com agências e oficiais
 - Advogar por mudanças legislativas e políticas
 - Trabalhar com os media.

Disseminação e Mudança de Comportamento

O propósito desta sessão passa por ajudar os participantes na construção das características de um bom advogado de forma a que possa envolver de forma eficaz a comunidade em questões essenciais. Compreender os aspetos da mudança é essencial para o envolvimento da comunidade. Esta sessão propõe-se a informar os participantes como o conhecimento, atitudes e comportamento afetam a mudança.

Resultados esperados da sessão

- Aumentar a confiança e a clareza no desenvolvimento de ações que levem a família e a comunidade à mudança.
- Desenvolver competências de bons advogados
- Compreender os fatores por trás da mudança de comportamento.

Boas vindas - 10 minutos

- Receber os participantes para a sessão 5
- Fazer um resumo da sessão anterior
- Descrever os objetivos da presente sessão

EXERCÍCIO 2 – Características de um bom advogado

Meta: ajudar os participantes a identificar as características de um bom advogado de forma a que percebam que são as competências que eles próprios podem desenvolver e melhorar.

Materiais: Flipchart e marcadores

Tempo: 30 Minutos

- Dividir os participantes em pares para brainstorm e anote as características de um bom advogado e porquê.
- Pedir aos participantes que retomem o grupo grande e partilhem e discutam com quem podem desenvolver as competências descritas. De seguida encontra-se uma lista de características que podem ser consideradas durante a discussão:

Focado Criativo Credível Comprometido Bem informado

Com conhecimento Paciente Motivado Com crença na causa

Com pensamento estratégico Excelente comunicador Flexível

Corajoso Bom trabalhador de equipa Perseverante

Mobilizador de Recursos

Sugestão de organização da sessão

Horas	Atividade	Responsabilidade
10.00-10.15	Chegada, bebidas e registo	
10.15-10.30	Boas vindas e partilha das intervenções	
10.30-11.00	Introdução aos objetivos da sessão Características de um bom advogado (trabalho de grupo) <ul style="list-style-type: none"> • Brainstorm – como canalizar a raiva e frustração • Advogar a favor de outras mulheres e raparigas com serviços de apoio • Reuniões de negociação com agências 	
11.30-11.35	Exercício de aquecimento	
11.35-12.30	Apresentação sobre Mudança Comportamental e trabalho de grupo	
12.30-1.00	Pausa para chá e orações	
1.00-1.30	Trabalho juntos – Perguntas e respostas/brainstorm	
1.30-1.45	Avaliação em círculo fechado O que aprendi nesta sessão	
1.45-2.00	Almoço	

- Para além disto faça com que os participantes reflitam sobre as seguintes características e como podem ser adquiridas ou conquistadas
 - Aprender a canalizar a raiva e a frustração para a ação
 - Advogar por raparigas e mulheres garantido a prestação de serviços
 - Ensinar outras mulheres
 - Negociar e reunir com agências e oficiais
 - Advogar por mudanças legislativas e políticas
 - Trabalhar com os media.

Comunicação Eficiente

O aspeto mais importante de uma comunicação eficiente passa por ouvir. Uma escuta bem-sucedida indica não apenas compreensão acerca das palavras ou informação que está a ser passada mas também compreensão acerca daquilo que o facilitador sente acerca daquilo que está a ser comunicado.

Outro aspeto da eficiente comunicação é a comunicação não verbal através do uso de sinais tais como comunicação sem palavras ou linguagem corporal. Por exemplo, os gestos do corpo e movimentos, contacto visual, postura, tom de voz e até tensão muscular e respiração

A escuta eficiente em contexto de formação fará com que o facilitador se sinta escutado e compreendido criando uma relação mais profunda com os participantes. Isto cria igualmente um ambiente propício a partilha segura de ideias, opiniões e sentimentos ou ao planeamento criativo de resolução de problemas poupando tempo por passar informação de forma clara, evitando conflitos e confusão.

4.1 Apresentação sobre Mudança de Comportamento - 10 minutos

Dar uma breve apresentação sobre Mudança de Comportamento baseado no enquadramento do projeto REPLACE que se segue.

EXERCÍCIO 1 - Debate

Objetivo – Formar os participantes para que estejam preparados para falar sobre MGF no que diz respeito à informação de que dispõe.

Materiais: Canetas e papel

Tempo: 45 minutos

- Seguindo a apresentação do enquadramento do REPLACE peça aos participantes para se dividirem em dois grupos. O grupo A será pro-MGF e o grupo B será anti-MGF.
- Dar 15 minutos para que se preparem e que mantenham os 4 elementos da Mudança de Comportamento em mente
- Selecionar dois elementos do grupo para serem juízes
- Pedir aos participantes que utilizem uma vasta gama de argumentos para defenderem a sua opinião

- Dar tempo no final para refletir acerca da natureza do debate e sobre aquilo que foi aprendido ou adquirido.

EXERCÍCIO 2 – Procura de soluções alternativas

- Peça aos participantes que trabalhem em pares pedindo a um que feche o punho com força e ao outro que o tente abrir. Peça aos participantes para usarem a criatividade para que atinjam o objetivo.
- Peça a todos que retomem o grupo grande e descrevam que estratégias utilizaram para abrir o punho. Foi pela força ou utilizaram outros métodos?
- Peça que reflitam sobre o exercício. O que resultou melhor para cada um deles? Demonstre que existem melhores formas:
 - Por exemplo, estenda a mão para dar um passou bem à pessoa com o punho fechado. Frequentemente a pessoa abre o punho. Ou dê-lhe uma caneta para que a agarre e a receba.

EXERCÍCIO 3 – Trabalhar em conjunto como Advogados para a Mudança

Objetivo : Discutir a importância de trabalhar em conjunto e do porquê disso ser parte integrante da criação de mudança

Materiais: nenhuns

Tempo: 30 minutos

Peça aos participantes que desenvolvam questões que os façam crescer enquanto advogados para a mudança. Seguidamente apresentamos uma lista de questões que podem ajudar o facilitador a começar, e suas respetivas respostas¹

- O que leva a mudança?
 - *Motivação, conhecimento, inspiração, trabalho de equipa e liderança eficiente*
- Por que devemos trabalhar em conjunto?
 - *Para nos ouvirmos, para nos ajudarmos, para promover mudança, para partilhar os nossos talentos, para aprender uns pelos outros, para nos educarmos acerca dos nossos direitos, para fazer as coisas da melhor forma para os outros tais como as crianças*
- Quais são as barreiras?
 - *Crenças enraizadas que mantém práticas tradicionais nefastas, medo de mudança*
- Que estratégias devemos usar para nos organizarmos?
 - *Dialogar, encorajar a não desistir permitindo ao processo que leve o seu tempo e procurando pessoas que nos possam ajudar.*
- Como podemos trabalhar em conjunto?
 - *Partilhando os nossos diversos talentos e encorajando-nos uns aos outros para estarmos confiantes rumo ao objetivo final*
- O que pode ser feito para que trabalhem em conjunto enquanto mulheres advogadoras a nível local?

- Quais as consequências de não trabalhar em equipa?
 - *Algumas pessoas ficam fartas e desmotivadas para continuar o trabalho de advocacy*
- Quem é nosso aliado?
 - *Quem tenha as mesmas preocupações e com quem possamos trabalhar com o mesmo objetivo.*
- Por que motivo é importante encontrar aliados?
 - *Para aprender mais acerca dos outros, para sermos ouvidos, para garantir ajuda, para ajudar e para crescer.*
- Com quem precisamos trabalhar e porquê?
 - *Agências locais e organizações que partilhem interesses similares para que os objetivos sejam os de ambos.*

¹Adaptado de *Building the Rhythm of Change*, Family Violence Prevention Fund

Sessão 5: MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Tabela de prevalência

País	Prevalência (%)	Ano	Fonte
Benin	50	1993	Estudo do Comité Nacional, por publicar 1,2
Chade	60	1991	Estudo patrocinado pela UNICEF, por publicar 1,2
Etiópia	85	1885; 1990	Estudo do Ministério da Saúde patrocinado pela UNICEF; Estudo do Comité Africano 2
Gambia	80	1985	Estudo 1,2
Gana	30*	1986; 1987	Dois estudos de diferentes zonas com resultados divergentes 1,2
Libéria	60**	1984	Estudo por publicar 1,2
Senegal	20	1990	Estudo nacional 1,2
Serra Leoa	90	1987	Koso-Thomas O. <i>The circumcision of women: a strategy for eradication</i> . London, Zed Press, 1987

Para estudos publicados, o ano refere-se ao ano de publicação. Para estudos por publicar não é claro se o ano se refere ao ano da investigação ou do relatório.
Quando o ano não é indicado, a informação não está disponível

1,2 Toubia N. 1993. "*Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*"

(<http://www.rainbo.org>). (Alguns dados estão atualizados na versão em Árabe do document)

2 World Health Organization. 1998. "*Female Genital Mutilation. An Overview*".

3 Makhoulf Obermeyer C. 1999. "*Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown and the Unknowable*". *Anthropology Quarterly*; 13(1): 79-106.

*Um estudo indicou prevalência de 75 a 100% em grupos étnicos do norte; um outro estudo no sul indicou que a MGF existia apenas em comunidades migrantes. Os 30% vêm da referência #1.

** Um estudo limitado indicou que os três grupos praticavam MGF com uma prevalência estimada de 50-70%; os 60% vêm da referência #1.

Estimativas Questionáveis***

Prevalência por país(%)

Camarões 20

Republica Democratica do Congo 5

Djibouti - 98

Guiné-Bissau 50

Mauritânia**** 25

Uganda - 5

*** Estas estimativas são baseadas em provas anedócticas. São citadas nas referências #1 e #2 em cima

**** Um estudo nacional está a ser desenvolvido e um relatório sairá em breve

Figura 1: Prevalências de MGF estimadas para a população feminina de países africanos.

OMS 00205

Egipto

Somália

Sudão (norte)

Etiópia

Mauritânia

República Central Africana

Chade

Níger

Mali

Eritreia

Senegal

Gâmbia

Guiné

Guiné Bissau

Serra Leoa

Libéria
Costa do Marfim
Gana
Togo
Benim
Nigéria
Camarões
República Democrática do Congo
Quênia
Tanzânia
Uganda
Burkina Faso
Djibouti

Legenda

75–99% 50–74% 25–49% 0–24% No data

Alta

Baixa

Este mapa é o reflexo da prevalência de MGF na região Africana. Contudo nenhuma interferência com a genitália feminina pode ser tolerada.

Sessão 6: As complicações da MGF

Objetivo da sessão

No final da sessão os participantes deveriam ser capazes de:

1. Descrever as complicações físicas imediatas e de longo prazo da MGF.
2. Reconhecer as complicações psicossociais e sexuais da MGF.
3. Documentar as complicações da MGF.

Referências-chave

_ *A Systematic review of the complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth*. WHO/FCH/ WMH/00.2 Geneva (2000).

_ *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers*. WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1. WHO, Geneva (2000) .

_ *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives*. WHO/FCH/GWH/01.5.WHO, Geneva (2001)

Introdução

O espectro de complicações de saúde associadas à MGF é amplo sendo que algumas são gravemente incapacitante (ver *A Systematic review of the complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth* da OMS de acordo com as referências-chave). No entanto, é importante considerar que as evidências sobre a frequência das complicações para a saúde é muito escassa. A falta de informação esconde a extensão da MGF e constrange os esforços para planejar adequadamente uma resposta para as necessidades de saúde das

comunidades afetadas e para eliminar a prática. A nível clínico, é necessária uma boa documentação para a gestão eficiente dos casos e para a prestação de cuidados de saúde de qualidade para mulheres com MGF, bem como seu acompanhamento. Enfermeiros/as e parteiras devem registrar a presença da MGF, o seu tipo e as suas complicações como parte da sua rotina nos registos clínicos de utentes de serviços de saúde, tal como recomendado pela política da instituição de saúde.

Métodos de formação sugeridos

- Pergunta e resposta.
- Discussão de pequeno grupo.
- Exposição (ilustrada sempre que possível).

Material didático

Notas do formador e manual do aluno.

Construir o contexto

Deixar os alunos partilhar os seus sentimentos acerca de um procedimento que possui boas intenções mas cujo resultado não foi positivo

Sessão 7: MGF

Apresentar a sessão e os seus objetivos

- Rever os conhecimentos acerca da estrutura e função dos órgãos genitais femininos
- Pedir aos alunos que reflitam sobre as consequências de um corte genital em cada uma das suas estruturas.

Discussão de pequeno grupo:

- Dividir os alunos em grupos de 6 a 8.
- Permitir que cada grupo debata e chegue às suas próprias respostas a cada uma das seguintes perguntas:

- Quais são as complicações físicas da MGF?
- Quais são os problemas psicossociais da MGF?
- Quais são as consequências sexuais de MGF?
- Como pode o conhecimento acerca das complicações de saúde da MGF ser melhorado?
- Onde, dentro do sistema de saúde, podem os dados acerca da MGF ser integrados?
 - Aguardar uma hora até iniciar a discussão em grupo.

Sessão plenária ou discussão de grupo alargado:

- Permitir que os alunos partilhem o seu conhecimento e reflexão acerca das perguntas acima descritas, em discussão de grupo alargado.
- Fornecer informações adicionais, conforme necessário.

Resumir:

Resumir o trabalho utilizando a seguinte lista de verificação:

- Complicações físicas de curto prazo:
 - Dor forte.
 - Lesão do tecido adjacente da uretra, vagina, períneo e reto.
 - Hemorragia.
 - Choque.
 - Retenção aguda de urina.
 - Fratura ou luxação.
 - Infecção.
 - Dificuldade para curar.

- Complicações físicas a longo prazo:
 - Dificuldade em urinar.
 - Infecção recorrente do trato urinário.
 - Infecção pélvica.
 - Infertilidade.
 - Cicatriz quelóide.
 - Abscesso.
 - Quistos e abscessos na vulva.
 - Neuroma do clitóris.
 - Dificuldades no fluxo menstrual.
 - Formação de cálculos na vagina.
 - Fístula vesicovaginal (VVF), fístula retovaginal (FVR).
 - Problemas aquando do nascimento de crianças.
 - Dificuldade para curar.

- Consequências psicossociais:
 - Para algumas meninas, a mutilação é uma ocasião marcada por medo, submissão e inibição ou supressão de sentimentos. A experiência é vívida como um marco no seu desenvolvimento psicológico, tal como uma memória que nunca as deixa.
 - Algumas mulheres relatam que sofrem, por vezes, de dor durante a relação sexual e menstruação a qual é quase tão intensa como aquela sentida durante a experiência de mutilação genital. Elas sofrem em silêncio. No Sudão, é concedido um dia de folga oficial do trabalho a cada mês para que as mulheres possam lidar com a menstruação.
 - Algumas meninas e mulheres são capazes de partilhar a humilhação, inibição e medo como algo que faz parte das suas vidas como resultado da mutilação genital. Outras, acham difícil ou impossível falar sobre a sua experiência pessoal, embora seja óbvia a ansiedade e lágrimas que refletem a profunda dor emocional que experienciam.
 - As meninas podem vivenciar sentimentos de traição, amargura e raiva por terem sido submetidas a tal provação, mesmo que recebam o apoio das suas famílias imediatamente após o procedimento. Isto pode causar uma crise de confiança no seio da família e amigos, os quais, podem ter, a longo prazo, implicações. Estas passam pelo relacionamento afetado entre as meninas e seus pais, podendo também afetar a sua capacidade para constituir relacionamentos íntimos no futuro, incluindo com os seus próprios filhos ou filhas.

- Para algumas meninas e mulheres, a experiência de MGF bem como os seus efeitos psicológicos são comparáveis a uma violação.
- A experiência de MGF tem sido associada a uma série de distúrbios psicológicos e psicossomáticos. Por exemplo, as raparigas relatam distúrbios alimentares e do sono, do humor e da cognição. Os sintomas incluem insónia, pesadelos, perda de apetite, perda ou ganho de peso excessivo, bem como ataques de pânico, dificuldades de concentração e aprendizagem e outros sintomas de stress pós-traumático. À medida que envelhecem, as mulheres podem desenvolver sentimentos de estarem incompletas, baixa auto-estima, depressão, ansiedade crónica, fobias, pânico ou mesmo distúrbios psicóticos. Muitas mulheres sofrem em silêncio, incapazes de expressar a dor e o medo.

- Raparigas que não tenham sido submetidas a MGF podem ser estigmatizadas, rejeitadas pelas suas comunidades e incapazes de se casarem localmente, algo que também pode causar trauma psicológico.
 - Complicações sexuais da MGF
- Mulheres que sofreram mutilação genital podem experimentar várias formas e graus de disfunção sexual.
- As mulheres submetidas à MGF podem sofrer relações sexuais dolorosas (dispareunia) devido a cicatrizes, estreitamento da abertura vaginal, obstrução da vagina devido ao alongamento dos pequenos lábios. Em situações mais complicadas de lesão vagina, a penetração pode ser difícil ou mesmo impossível sem rasgar a cicatriz.
- Vaginismo pode resultar de lesão na área da vulva Área e de repetidos atos sexuais vigorosos.

Encerramento da sessão:

- Fazer perguntas aos alunos sobre a sessão para averiguar o entendimento acerca dos conteúdos
- Permitir que os alunos façam perguntas para esclarecimentos adicionais.
- Permitir que os alunos compartilhem o que aprenderam na sessão anotando o que dizem num quadro.
- Encerrar a sessão.

Sessão 8 – Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos

Estrutura

8.1. Apresentação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos: 70 minutos

Coffee Break: 10 minutos

8.2. Exercício Prático sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos + Discussão: 90 minutos

8.3. Serviços de Saúde Relevantes a nível local e nacional: 15 minutos

Objetivos

Recomenda-se o convite a um especialista externo em saúde para esta sessão. É possível contactar as instituições de saúde locais, ginecologistas ou outros especialistas em saúde, hospitais ou centros de apoio a mulheres.

Explorar as questões de saúde e direitos sexuais e reprodutivos
Abordar o contexto social da MGF e suas consequências para a saúde
Desmistificar a MGF
Introduzir diferenças entre os termos "sexo" e "gênero"
Destacar papéis de gênero, estereótipos e o papel da cultura
Realçar as implicações que a MGF pode ter nas relações sexuais

8.1 Apresentação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos

Após esta sessão, os Agentes CHANGE devem estar cientes de que a MGF está estreitamente ligada a questões relacionadas com a sexualidade feminina e masculina. A sociedade estabelece regras e normas claras para o que é aceite para a forma como homens e mulheres devem experimentar sua sexualidade.

Falar sobre a MGF significa, portanto, perceber que os direitos sexuais e reprodutivos das são uma parte fundamental do quadro de Direitos Humanos de todo o mundo. Em 1994, 179 Estados aprovaram o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. (Módulo 3 - Informações adicionais em PARTE C)

Iniciar esta sessão apresentando as seguintes informações, promovendo o debate

Pode-se começar lendo a seguinte citação:

"Você tem a sensação de que não tem permissão para ter algo que você deveria ter naturalmente. Algo que tem a ver com o prazer ... você ouviu sobre este prazer, mas você nunca sentiu, você não sabe o que é, como poderia saber?" (Mulher de Londres)

8.1.1 O que é a Saúde Sexual?

- A saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; Não é, meramente, ausência de doença, disfunção ou enfermidade.
- Requer uma abordagem positiva e respeitadora da sexualidade e das relações sexuais bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, sem coerção, discriminação e violência.
- Os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos para atingir e manter a saúde sexual.

11 United Nations Population Fund (2014) *International Conference on Population and Development Programme of Action*, p. x.

8.1.2 Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos

Os direitos sexuais são direitos humanos básicos reconhecidos nas leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações consensuais. Estes direitos devem ser implementados garantindo o seu mais alto nível possível. Isso inclui o direito a:

- Acesso a serviços sexuais e reprodutivos
- Decidir ser sexualmente ativo
- Escolher o parceiro e praticar relações sexuais consensuais
- Envolver-se em casamento consensual
- Pesquisar, receber e difundir informação relacionada com a sexualidade
- Beneficiar de educação sexual
- Ser respeitado ao nível da integridade corporal
- Decidir se e quando ter filhos
- Ter uma vida sexual satisfatória, segura e prazerosa

8.1.3 Responsabilidades

Individuais

- Compreender e estar ciente da sua sexualidade e desenvolvimento sexual
- Respeitar a si próprio e ao parceiro

- Evitar danos emocionais, psicossociais e físicos tanto a si próprio como ao parceiro
- Garantir que a gravidez ocorre apenas quando desejada
- Reconhecer e tolerar a diversidade de valores e orientações sexuais
- Estar ciente dos papéis e estereótipos de género em diferentes culturas associados a questões de saúde sexual
- Estar livre de estigmatização e violência com base no género, na raça, etnia, religião ou orientação sexual.

Institucionais

- Fornecer educação sexual adequada à cultura e ao nível de desenvolvimento
- Prestação de serviços de assistência e aconselhamento em matéria de saúde sexual e reprodutiva
- Promover um quadro jurídico e de políticas de proteção das pessoas com diferentes orientações sexuais
- Promover políticas e leis que garantam que não existe estigmatização e violência baseada no género, raça, etnia, religião ou orientação sexual

8.1.4 Sexualidade

A sexualidade é um aspeto chave da natureza humana que compreende:

- Sexo
- Identidade de género
- orientação sexual
- erotismo, prazer e intimidade
- capacidades reprodutivas
- comportamentos e tendências sexuais
- qualidade de ter funções sexuais

A sexualidade pode ser experimentada e expressa em forma de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Contudo, apenas algumas destas podem ser abertamente compartilhadas.

8.1.5 Fatores que Influenciam a Sexualidade

- Socioeconómicos, psicológicos, biológicos, históricos, legais, éticos, religiosos, espirituais e influências culturais e políticas
- Os papéis e estereótipos de género são culturalmente muito diferentes

8.1.6 Sexo e Género

O que é sexo e o que é género?

- Sexo é um conceito relacionado com diferenças biológicas. As diferenças biológicas entre homens e mulheres são as mesmas em todo o mundo e geralmente são difíceis de mudar. O sexo de uma pessoa também define os aspetos biológicos específicos como o facto das mulheres darem à luz ou os homens produzirem esperma.
- Género refere-se aos papéis, valores e normas socialmente construídos em relação às mulheres e aos homens, que são determinados pela cultura e pela sociedade. Estes estereótipos de género podem mudar ao longo do tempo (por exemplo, é considerado aceitável para as mulheres chorarem, mas não para os homens; as mulheres ocupam a esfera privada os homens a pública).
- As normas de género e as relações de poder desempenham um papel importante em todas as sociedades. Mulheres e homens que não cumprem os papéis de género de determinado grupo social, sociedade social ou cultura muitas vezes enfrentam rejeição e até mesmo perseguição.

Coffee BREAK – 10 minutos

8.2 Exercício Prático sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos + Discussão

O “Power Walk”¹²: 90 minutos

Material e Equipamento: Cartões construídos

Preparação: desenvolver uma lista de personagens que variam em termos de vantagens ou desvantagens que são suscetíveis de enfrentar. Em seguida, escreva afirmações referentes a direitos humanos e questões de igualdade de gênero. Dar a cada participante um cartão com uma personagem. Os participantes são convidados a assumir o papel desse personagem. Convide os participantes a formarem uma fila, ombro com o ombro, virados na mesma direção. Leia as diferentes afirmações as quais serão verdadeiras para alguns e falsas para outras.

- Se a afirmação for verdadeira para um personagem, a pessoa dará um passo à frente.
- Se a afirmação for falsa para um personagem, a pessoa dará um passo para trás.
- Se a declaração não é relevante para um personagem ou não tem certeza se é verdadeira ou falsa, a pessoa fica no mesmo lugar.

Peça aos participantes que se lembrem das questões que os estão a fazer avançar ou retroceder.

Personagem Exemplos:

- 1) Menina de minoria étnica de uma família pobre, 12 anos
- 2) Líder masculino de um partido, idade 47
- 3) Líder religioso, com 59 anos
- 4) Menina, 10 anos vivendo com sua tia
- 5) Líder de uma organização de direitos das mulheres especializada em direitos em saúde sexual e reprodutiva sexuais e saúde e direitos

Afirmações Exemplos:

- 1) Eu espero terminar a escola secundária ou eu terminei a escola secundária.
- 2) Tenho controle sobre todas as decisões relacionadas com o meu corpo.
- 3) Decido com quem quero fazer sexo.
- 4) O meu parceiro aceita o uso de preservativos
- 5) Decido quantas crianças eu quero ter e quando
- 6) Eu tenho a capacidade de me proteger a mim ou a outras mulheres em relação a MGF

Discussão

Quando todas as instruções são lidas, todos analisam a posição dos personagens para retirar ilações sobre como o poder das pessoas e o acesso aos direitos variam de acordo com os grupos a que pertencem. Faça algumas perguntas que os participantes respondem da perspectiva do seu personagem, tais como: Por que acha que terminou nesta posição? Quem foi deixado para trás? Acha que o gênero/ raça / idade / etnia / deficiência / estatuto de imigrante fazem diferença entre aqueles que foram marginalizados? Se mudar o gênero / raça, etc do personagem mudaria também a sua posição?

Explique a conexão entre poder e posição:

A posição social afeta o poder de uma pessoa em relação aos outros; todas as relações sociais são relações de poder. O gênero / idade / raça etc. afetam o acesso das pessoas aos direitos.

AGORA discuta com os participantes:

Promover a igualdade de género não é apenas uma "questão das mulheres", mas uma preocupação de todas as pessoas. Como podem os homens contribuir para a promoção da igualdade de género e dos direitos das mulheres?

8.3 Serviços de Saúde Relevantes a nível local e nacional

Você ou o perito externo introduzirão os serviços de saúde nacionais ou locais relevantes (por exemplo, clínicas especializadas para mulheres, ginecologistas experientes) escrevendo as moradas no quadro. Isto permite que os Agentes CHANGE possam encaminhar meninas e mulheres afetadas pela MGF para uma rede de pessoal de saúde nos casos em que a referência é necessária.

Os participantes devem aprofundar o seu conhecimento através de um exercício prático ou vídeo sobre as questões apresentadas.

Por favor, encontre o exercício "O que é Sexualidade?" na sessão 8.

Sessão 9: DESIGUALDADE DE GÉNERO E VIH E SIDA

Visão geral

Embora o VIH e a SIDA sejam uma condição que afeta tanto homens como mulheres, as tendências recentes mostram que mais mulheres do que homens são infetadas e em idades mais jovens do que os homens. O *Kenya SIDA Indicator Survey (KAIS)* de 2007 mostra que eram mais mulheres (8,4 por cento) do que os homens (5,4 por cento) no grupo de idade 15-64 vivendo com VIH. Outros estudos realizados na última década mostram que as relações e papéis de género influenciam diretamente e indiretamente o nível de risco e vulnerabilidade à infecção pelo VIH e seu impacto. Este módulo examina as preocupações com género no âmbito do VIH e SIDA, incluindo o desenvolvimento de estratégias de resposta de género específica para redução da incidência e o impacto da doença.

Meta

Promover a capacidade dos participantes para identificar as questões de género e como eles contribuem para a propagação do VIH bem como a aquisição das competências necessárias para as mudanças de comportamento necessárias para a reduzir a disseminação e impacto do VIH e SIDA na sua comunidade.

Objetivos

No final deste módulo, os participantes devem ser capazes de:

- Entender os conceitos de género, relações de género, papéis de género, desigualdade de género, sexo, sexualidade e orientação sexual.
- Entender a relação entre desigualdade de género e VIH e SIDA.
- Examinar e identificar ações para responder às questões de desigualdade de género que aumentam a propagação e pioram o impacto do VIH e da SIDA na comunidade.

Duração do módulo: 2 horas e 45 minutos

9.1: Conceitos de género

Objetivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Definir o género, as relações de género, papéis de género, desigualdade de género, equidade de género, igualdade de género, sensibilidade de género, consciência de género, *gender blindness*, sexo, sexualidade e orientação sexual.
- Explorar os papéis de género diferentes de homens e mulheres.

- Identificar como os papéis de género podem ser objetivamente compreendidos e usados como uma arma contra o VIH e SIDA.

Duração: 45 minutos

Materiais

Canetas, papel e flipchart com definições pré-escritas sobre desigualdade de género e papéis de género

Método

- Sessão de perguntas e respostas
- Pequena exposição
- Trabalho de grupo
- Sessão plenária

Atividade 1: Definição dos conceitos de género

- Perguntar aos participantes, divididos em grupos de dois, para darem uma definição ou entendimento acerca do género em termos de relações de género, papéis de género, desigualdade de género, equidade de género, igualdade entre os sexos, sensibilidade de género, consciência de género e *gender blindness*. Anote as respostas no flipchart.
- Logo que se consiga um consenso acerca das definições, peça aos participantes para darem exemplos de como a desigualdade se manifesta ou existe nas suas comunidades.
- Em sessão plenária, discuta as respostas, orientando a discussão com as definições abaixo



Notas do facilitador

Género refere-se às ideias socialmente determinadas e práticas do que é ser masculino ou feminino. São as expectativas das pessoas, comunidades e culturas sobre homens e mulheres. Essas ideias e expectativas são aprendidas através de familiares, amigos, líderes, instituições religiosas e culturais, escolas, locais de trabalho, publicidade e meios de comunicação. Eles refletem e influenciam os diferentes papéis e responsabilidades, comportamento, estatuto social, poder económico e político de mulheres e homens como atribuído pela sociedade. Género, portanto, refere-se aos traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, comportamentos e atividades que a sociedade atribui para os dois sexos numa base diferencial. É uma construção social que varia de sociedade para sociedade e muda ao longo do tempo.

Relações de género refere-se a forma como homens e mulheres se relacionam entre si individualmente e em grupo numa determinada sociedade. As relações de género definem as relações de poder entre os dois sexos – fazem com que um tenha mais poder ou autoridade que o outro? As relações de género irão definir igualdade ou desigualdade na relação entre homens e mulheres.

Papéis de género são as responsabilidades aprendidas ao longo do tempo, desde o nascimento e que são reforçadas por pais, professores, colegas e sociedade em geral. Papéis de género baseiam-se na forma como a sociedade está organizada e variam de acordo com sexo, idade, cultura, classe e grupo étnico. Esses papéis de género também definem as formas se espera que homens e mulheres se relacionam um com outro. Papéis de género variam de cultura para cultura e geração em geração ao longo do tempo e devido a mudanças sociais. A compreensão das pessoas e das comunidades face aos papéis de género pode e tende a mudar.

A desigualdade refere-se a óbvias ou ocultas disparidades entre indivíduos com base no sexo da pessoa, autoridade, oportunidades, alocação de recursos e/ou benefícios e acesso a serviços. Desigualdade de género, portanto, significa que homens e mulheres não desfrutam do mesmo estatuto e têm condições desiguais usufruir dos seus plenos direitos humanos, diferente potencial para contribuir para o desenvolvimento político, económico-social e cultural nacional ou beneficiar do seu resultado.

Equidade de género é o processo de justiça para homens e mulheres. Para garantir tal conquista, medidas devem ser desenvolvidas para compensar as desvantagens históricas e sociais que impedem os homens e mulheres terem em condições equitativas.

Igualdade género refere-se a ausência de discriminação em razão do sexo de uma pessoa no que diz respeito à autoridade, oportunidade, alocação de recursos e/ou benefícios e acesso a serviços. Igualdade de género significa, portanto, que homens e mulheres desfrutam o mesmo estatuto e têm igualdade de condições para a realização dos seus plenos direitos humanos e potencial para contribuir para o desenvolvimento político, económico social e cultural nacional ou beneficiar do seu resultado.

Sensibilidade de género é a capacidade de perceber as diferenças, questões e igualdades de género existentes e incorporá-las em estratégias e ações.

Consciência de gênero é o entendimento de que existem diferenças socialmente determinadas entre homens e mulheres, com base no comportamento aprendido (por exemplo, através da socialização), que afetam a capacidade de acesso e controle de recursos.

Gender blindness é a incapacidade para reconhecer que o gênero é um determinante essencial dos resultados sociais, incluindo saúde e economia.

Atividade 2: Definição de conceitos de sexo e sexualidade

- Divida os participantes em grupos de três.
- Forneça folhas do flipcharts e duas canetas de feltro/marcadores a cada grupo.
- Permita tempo para que os grupos anotem as suas definições de sexo, sexualidade e orientação sexual.
- Discussão de grupo ao plenário. Permitir a entrada de outros membros do grupo durante a sessão plenária.
- Perguntar aos participantes se têm conhecimento de pessoas da sua comunidade que identificam com algumas das diferentes orientações sexuais.

Notas do facilitador

Sexo refere-se aos atributos fisiológicos que identificam uma pessoa como masculino ou feminino. Sexo é, portanto, biológico e manifesta-se na diferença física entre machos e fêmeas. Sexo manifesta-se em:

- Tipo de órgãos genitais (pênis, testículos, vagina, útero e seios)
- Tipo de hormonas predominantes circulantes no corpo (estrogénio ou testosterona)
- Capacidade para produzir esperma ou óvulos (ovos)
- Capacidade para dar à luz e amamentar bebé

Sexualidade refere-se aos aspetos da identidade de gênero que se relacionam ao sexo. Estes incluem o desejo sexual, comportamento sexual e orientação sexual. Alcançar a equidade de gênero em torno da sexualidade significa respeitar tanto sexualidade masculina e feminina, necessidades sexuais e os direitos, ajudando ambos os sexos a ter relações sexuais seguras e não exploradoras. Isto é especialmente importante para reduzir a propagação do VIH e reduzir a incidência de gravidez indesejada.

Orientação sexual é a preferência do indivíduo para a partilha de expressão sexual com membros do sexo oposto (heterossexualidade); ou o próprio sexo (homossexualismo ou lesbianismo) ou ambos os sexos (bissexualidade). A orientação sexual de uma pessoa é influenciada por expectativas sociais em relação aos seus comportamentos e funções de acordo com seu sexo biológico. Alguns tipos comuns de orientação sexual incluem:

- Heterossexual: uma pessoa atraída por pessoas do sexo oposto
- Homossexual: pessoa fisicamente atraído por pessoas do mesmo sexo
- Gay: homossexual masculino
- HSH: Homens que têm relações sexuais com outros homens, mas não se identificam como homossexuais
- Lésbicas: homossexual feminino
- Bissexual: pessoa fisicamente atraída por pessoas de ambos os sexos.

Ao facilitador é aconselhado que aborde o assunto com a sensibilidade que merece a comunidade com a qual está a trabalhar. Deixe os participantes entenderem que estas situações estão a acontecer, mas não são muito discutidas abertamente. Dependendo dos tipos de orientações mencionadas, explicar aos participantes que é importante que eles, como "agentes de mudança", estejam cientes da existência de tais pessoas nas suas comunidades, especialmente gays, lésbicas e bissexuais, dando a entender que eles são a minoria, que

devem ser implicados em programas pois também têm problemas sexuais e reprodutivos tanto como os heterossexuais.

Atividade 3: Identificar os diferentes papéis de género de homens e mulheres

- Divida os participantes em grupos de não mais de seis pessoas.
- Pedir aos participantes que desenhem um gráfico com colunas correspondentes às categorias listadas como economia, comunidade, família e relações sexuais.
- Pedir aos participantes para discutir e listar, por sua vez, os papéis de homens e mulheres em relação às quatro categorias.
- Em seguida deixar os participantes, discutir e listar como esses papéis percebidos podem:
 - »» Levar a vulnerabilidade face a VIH e SIDA e sua propagação.
 - »» Ser usado como uma arma para controlar a propagação do VIH na família

Notas do facilitador

Papéis de Género: Homens e mulheres desempenham diferentes papéis sociais. As suas funções variam de comunidade para comunidade, embora haja uma série de tópicos comuns. Em algumas comunidades, por exemplo, são as mulheres que constroem casas, no entanto, em algumas comunidades, isto é inédito - um tabu!!! Essas funções têm, inevitavelmente, impacto sobre as vidas de homens e mulheres, nomeadamente em relação ao VIH e SIDA. No entanto, com o objetivo de compreender porque existem essas funções e tendo em conta a pandemia do VIH, as comunidades/indivíduos podem usar essas funções como uma ferramenta para manter a família unida e protegê-la do VIH.

Feminilidade: o papel de género comum prescrito para as mulheres, exige:

- Um papel submisso para a mulher
- Passividade nas relações sexuais, ou seja, nenhum poder para negociar sexo seguro, e
- Ignorâncias acerca do sexo, em virtude da restrição das mulheres receberem informações relacionadas com a prevenção do VIH.

Na maioria das comunidades/sociedades, ter filhos é um aspecto chave do feminino. Mulheres que exigissem sexo seguro usando contraceptivos tais como preservativo para evitar gravidez ou VIH correria o risco de ser posta fora de casa. Em culturas ou comunidades onde a virgindade é muito valorizada, meninas tudo farão para manter a virgindade a ponto de recorrerem ao sexo anal. Isto aumenta sua vulnerabilidade em relação ao VIH.

Masculinidade: dos homens é esperado serem mais dominadores, conhecedores e experientes acerca do sexo. Estas normas promovem e reforçam comportamentos de risco. Explique aos participantes que estes podem ser os estereótipos ou papéis de género e enfatize que os papéis de género são criados pela sociedade e, portanto, variam de sociedade para sociedade. Eles também mudam ao longo do tempo, tal como mudança de sociedade e cultura.

Explique que género descreve as ideias e expectativas sobre homens e mulheres (e que são suscetíveis de mudar de qualquer maneira). Estas incluem ideias sobre quais as qualidades competências que são consideradas femininas e masculinas e as expectativas sobre como homens e mulheres devem se comportar-se em diferentes situações. O género de uma pessoa é complicado e é composto de funções, aparência, discurso, movimentos e muito mais.

9.2: Preocupações de género face à infeção pelo VIH e seu impacto

Objectivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Compreender e explicar como o género influencia a propagação da infeção pelo VIH.
- Entender as dimensões de género relacionadas com a epidemia e como isso impacta em homens e mulheres de forma diferente, socialmente e economicamente.
- Desenvolver ações comunitárias para prevenir infeções pelo VIH e promover cuidados e serviços de apoio face a VIH.

Duração: 2 horas

Materiais

- Dados comparativos sobre prevalência de VIH na região desagregados por sexo
- Flipchart e marcadores
- Folhas de papel, fita adesiva, canetas
- Retroprojektor (opcional)

Método

- Obter dados sobre a prevalência de VIH e SIDA na região através da NASCOP
- Mini palestra, atividades de grupo e de plenário

Atividade 1: Prevalência de VIH e SIDA.

- Providenciar aos participantes informações a prevalência de VIH e SIDA na região.
- Dividir os participantes em grupos de quatro e deixar que possam discutir e registrar as respostas às seguintes perguntas:
 - »» Por que há mais raparigas do que rapazes a serem infetadas com VIH?
 - »» Por que há mais mulheres do que homens infetadas?
 - »» Que fatores de género relacionam-se com comportamentos que a promovem a propagação do VIH?
- Trazer os participantes a plenário e rever as respostas, introduzindo alguns dos pontos abaixo.

Notas do facilitador

Por que motivos há mais mulheres e raparigas infetadas do que os homens/ fatores e comportamentos relacionados com género

- Por serem o elemento recetivo, as mulheres têm uma maior superfície mucosa exposta durante a relação sexual. As mulheres assim, correm um risco maior de contrair VIH, ainda mais se a relação sexual ocorre quando a superfície da mucosa é ainda jovem, ou quando está danificada devido a rituais e práticas como a mutilação genital feminina ou casamentos precoces.
- Raparigas jovens tendem a casar ou ter relações sexuais com homens mais velhos, os quais podem ter tido parceiras sexuais e portanto, ser mais suscetíveis de estarem infetados.
- Mulheres frequentemente requerem transfusões de sangue durante o parto e abortos dado que a prevalência de anemia entre mulheres grávidas em países em desenvolvimento é geralmente muito alta.
- Acesso insuficiente à saúde sexual e reprodutiva e serviços educacionais, incluindo cuidados pós violação
- Incapacidade para negociar sexo seguro devido à discriminação de género e desequilíbrios de poder.
- Falta de métodos de prevenção face ao VIH controlados por mulheres, tais como preservativos femininos ou microbicidas (gel vaginal que pode ajudar a prevenir infeções).

- o baixo estatuto educacional e económico das mulheres leva-as a subsistir através do trabalho sexual.
- Violência (violação e incesto) baseada no género sexual que conduzem a infeções.
- Expectativa de criar descendência pode levar mulheres a procurar gravidez fora do casamento quando o marido é impotente.

Fatores de risco levam a infeção pelo VIH entre os homens:

- A diferença de género em termos de trabalho mantém os homens longe das suas mulheres por longos períodos, o que pode levar a promiscuidade e a propagação do VIH.
- Múltiplas parcerias sexuais entre homens aumentam o risco de contrair VIH.
- Estigma no que diz respeito a relacionamentos com pessoas do mesmo sexo leva a que homens que fazem sexo com homens (ou rapazes que fazem sexo com homens) tenham relações secretas e simultâneas devido à pressão social.
- Alguns homens que testaram positivos continuam por vezes em negação e, portanto, continuam a espalhar o vírus devido à expectativa social de "os homens serem homens".
- Há poucas oportunidades para educar os casais. Isto é difícil pelo facto dos homens polígamos dificilmente se enquadram na definição de casal.

Atividade 2: Planos de Ação para controlar a prevalência de VIH e SIDA

- Divida os participantes em dois grupos.
- Deixe o grupo 1 identificar possíveis estratégias que podem ser implementadas a nível familiar no sentido de reduzir a vulnerabilidade das mulheres e raparigas ao VIH.
- Deixe o Grupo 2 identificar estratégias adequadas ao nível da comunidade para reduzir a vulnerabilidade das mulheres raparigas ao VIH. Permitir 5-20 minutos para que os grupos possam discutir.
- Trazer os participantes a plenário para relatório acerca das suas deliberações.
- Resumir a sessão referindo aos participantes a alguns pontos-chave contidos nas notas abaixo.

Notas do facilitador

- Necessidade de programas em VIH e SIDA com foco no "casal" ou família incluindo HTC para casais, avaliação de risco de VIH entre casais e promoção do uso de preservativos entre casais.
- A participação ativa dos homens e da sociedade mais ampla é fundamental. Os homens devem assumir a liderança em atividades de prevenção, cuidados e apoio em VIH.
- Advogar contra sexo entre gerações
- Advogar contra violência sexual baseada no género.
- Formar raparigas e mulheres acerca da autoeficácia do uso de preservativo e facilitar o acesso aos preservativos, incluindo preservativos femininos.
- Promover a criação de atividades remuneradas para as mulheres.
- a atitude da sociedade em relação às mulheres, decorrente da cultura, precisa mudar. Na luta contra o VIH e a SIDA, a mulher também tem que ter uma escolha.
- Garantir a participação masculina e feminina no desenvolvimento de materiais (IEC).
- Avaliar todos os materiais IEC existentes ao nível do género identificando lacunas e assegurando a penetração de materiais IEC em todos os níveis da comunidade.
- Formar uma equipa de projeto local com enfoque na criação de projetos ligados ao género.
- Sensibilizar a comunidade, incluindo líderes de opinião acerca da vulnerabilidades de género no âmbito do VIH e SIDA.

Sessão 10: DIREITOS HUMANOS E LEGAIS

Visão geral

Este módulo gira em torno de matérias de direito, direitos humanos e outras questões de direitos legais que minam os esforços de prevenção, cuidados e apoio em relação ao VIH. O VIH e a SIDA criaram condições que incentivam, promovem e permitem que abusos aos direitos legais e humanos tenham lugar. O facto do sexo heterossexual ser o principal modo de transmissão de VIH tem levado a implicações de promiscuidade junto das PLHIV (Pessoas que vivem com VIH/SIDA), razão que leva a que sejam discriminadas e estigmatizadas, na comunidade e até mesmo em instituições de cuidados de saúde. Este módulo apresenta uma visão geral acerca dos direitos humanos e legais, discute as preocupações de direitos humanos e legais em VIH e SIDA e o *Kenya VIH and AIDS Prevention Act* de 2006. Neste módulo, aos participantes é proposto identificar e responder aos abusos específicos de direitos humanos e legais junto de comunidades, reduzir a disseminação do VIH, aumentar os cuidados e apoio a PLHIV.

Meta

Clarificar os participantes acerca de questões de direitos humanos e jurídicos em VIH e SIDA, tendo em conta que a violação dos direitos humanos e legais contribui para a propagação do VIH e piora o impacto do VIH e SIDA bem como capacitar as comunidades para analisar e responder aos abusos de direitos humanos e legais.

Objetivos

- Definir e compreender a aplicação de um direito, em termos de direitos legais e direitos humanos.
- Demonstrar como direitos legais e direitos humanos se aplicam em viúvas, órfãos e crianças vulneráveis no contexto do VIH e da SIDA e PLHIV.
- Identificar os direitos humanos e outras questões de direitos legais que contribuem para propagação do VIH e agravam os impactos da SIDA entre PLHIV.
- Tornar os participantes capazes de entender que o respeito pelos direitos humanos ajuda a reduzir casos de infeção pelo VIH e reduz os impactos da SIDA.

Duração: 3 horas

Tomar nota das situações graves decorrentes do perigo de transmissão de VIH e SIDA para pessoas inocentes. A este respeito a cláusula 22 define as circunstâncias sob as quais o resultado de um teste de VIH ou qualquer avaliação relacionada pode ser divulgada. A Parte VI lida com a transmissão do VIH e da SIDA. Coloca a obrigação nas PLHIV para tomarem medidas razoáveis para evitar a transmissão do vírus e criminaliza a transmissão deliberada do vírus. A infeção deliberada com o VIH também é abordada como um delito específico com pena recomendada.

Parte VII configura um Tribunal de Equidade para a apreciação de queixas e recursos decorrentes da lei. Isto é feito para se conseguir procedimentos administrativos mais rápidos e mais eficientes para adjudicar litígios tendo em conta o facto do VIH e SIDA serem um desastre nacional. A jurisdição do Tribunal exclui a jurisdição penal, mas o Tribunal, como qualquer outro tribunal, está sujeito ao sistema judicial.

Parte VIII proíbe atos discriminatórios e práticas contra pessoas com VIH e SIDA. A Cláusula 31 proíbe a discriminação no local de trabalho. A Cláusula 32 proíbe a discriminação em escolas e outras instituições educativas. A Cláusula 34 proíbe inibição de contestar um escritório público ou eletivo com base no estatuto de VIH e SIDA da pessoa. A Cláusula 35 proíbe a exclusão de serviços de crédito e seguros e visa facilitar o fornecimento de médicos e cobertura de seguros

de vida para pessoas com VIH tendo em consideração o pagamento de um prémio mais elevado. A Cláusula 36 proíbe a discriminação nas instituições de saúde. A Cláusula 37 proíbe a negação de serviços fúnebres, com base no estatuto de VIH de uma pessoa.

Parte IX lida com pesquisa biomédica sobre VIH e SIDA e visa evitar a exploração dos cidadãos quenianos por investigadores. A pesquisa deve ter o consentimento para a investigação e a pesquisa deve ser efetuada em conformidade com a lei.

Parte X define um número de disposições diversas. Entre elas está a exigência de que as disposições da lei devem prevalecer em caso de inconsistência com qualquer outra lei escrita.



Sessão 11: CULTURA, NORMAS E VALORES

Visão geral

Abordar o VIH e a SIDA no contexto cultural é o principal objetivo deste módulo. Em muitas culturas, as expectativas da sociedade por papéis sexuais masculinos e femininos são marcadamente diferentes. Por exemplo, os homens deverão procurar quantidade e variedade sexual, controlam os termos e condições dos encontros sexuais, enquanto que das mulheres é esperado que sejam monogâmicas, desinformadas, desconhecendo e com vergonha de falar sobre assuntos sexuais. Sexo continua a ser a principal fonte de contágio de VIH para maioria das novas infeções em homens e mulheres. A promoção de competências de negociação sexual deve ser acompanhada de esforços para aumentar a consciência da legitimidade para desafiar estereótipos sexuais e não aceitá-los como normas. Competências educativas e de negociação sexual podem dotar tanto homens como mulheres das competências necessárias para encontrar alternativas aos estereótipos prejudiciais. Práticas culturais prejudiciais tais como rituais de viuvez, limpeza sexual e MGF aumentam o risco de transmissão do VIH. Estas

práticas são frequentemente justificadas em nome de tradições e valores culturais. Não há dúvida de que os valores culturais e as tradições são importantes para a identidade da comunidade, no entanto, é importante perceber que não podem ser continuados às custas dos direitos e saúde dos indivíduos.

Meta

Promover a capacidade dos participantes para entender, identificar e sugerir medidas corretivas em algumas das normas culturais e práticas prevalentes nas suas comunidades, as quais contribuem para a propagação do VIH e SIDA e também violam os direitos básicos.

Objetivos

No final deste módulo, os participantes devem ser capazes de:

- Compreender os vínculos entre cultura, género e VIH e SIDA.
- Identificar algumas das tradições e práticas culturais prejudiciais.
- Identificar e desenvolver respostas de comunidade face a práticas culturais que violam os direitos humanos básicos.

Duração do módulo: 2 horas

11.1: O que é a cultura?

Objetivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Definir e descrever os aspetos de sua cultura.
- Identificar as decisões pessoais e comportamentos que são determinados pela cultura.

Duração: 30 minutos

Materiais

Flipchart, papel e marcadores

Método

Sessão de perguntas e respostas e pequena palestra

Atividade 1: Definição de cultura

- Introduzir a palavra cultura e negociar palavras equivalentes nas suas línguas.
- Em plenário pedir aos participantes para descreverem cultura.
- Dar aos participantes uma definição formal do termo cultura e discutir os três diferentes tipos de cultura.

Notas do facilitador

A cultura patriarcal da maioria das comunidades do Quénia influenciou fortemente os sistemas jurídicos, estruturas de governança e sistemas de valores que mantêm o estatuto desigual de raparigas e mulheres. Um número de práticas tradicionais comumente observadas é reconhecido como sendo diretamente responsável pela propagação do VIH e da SIDA. A herança de viúvas, a limpeza de viúvas, a partilha de esposas, a troca de esposas por terra ou gado e a poligamia são algumas das práticas culturais proeminentes, que são atentados contra a saúde das mulheres, dado que as partes envolvidas fazem testes de VIH antes de iniciar as práticas. Abordar práticas culturais prejudiciais é importante na prevenção de novas infeções e na promoção de cuidados e apoio a pessoas afetadas e infetadas com VIH.

Cultura refere-se ao sistema de crenças, valores, costumes, comportamentos e artefactos partilhados que membros de uma sociedade utilizam para lidar com o mundo e entre si e são transmitidos de geração em geração através da aprendizagem e/ou socialização.

- Cultura descritiva: é aquela através do qual a comunidade é informada e instruída sobre os ditames da vivência através da história oral, crenças e práticas, tecnologia e cultura material.
- Cultura prescritiva: Regula e controla o comportamento dos membros da comunidade através de costumes e interdições sociais.
- Cultura expressiva: Na qual a experiência e aspirações do grupo são transmitidas por uma intrincada teia de comunicação, artes visuais e performativas, desportivas, jogos, contos, charadas, música e dança.

Atividade 2: Explorando os aspetos da cultura

- Sentar os participantes em círculo.
- Pedir a um deles que fale durante dois minutos acerca de cinco coisas admiráveis da sua cultura.
- Perguntar aos restantes se concordam com as cinco coisas mencionadas e se alguém quer adicionar ou modificar o que foi dito.
- Perguntar aos participantes como determinam o grupo étnico de uma pessoa. Quais são as diferenças entre as pessoas, de dois grupos diferentes? Escolha dois grupos étnicos com os quais estão familiarizados ou próximos (vizinhos).
- Através de perguntas, direcione a discussão para que as pessoas olhem para as diferenças na aparência, atitudes e crenças, culinária, estilo de vida, religião, habilidades, organização social e quaisquer outros aspetos que gostariam de adicionar.
- Listar cada categoria de diferenças em flipcharts separados.
- Permitir o tempo adequado de discussão para cobrir muitas das diferentes categorias listadas e muitas diferenças dentro de cada categoria.
- De seguida, focar um único tópico no flipchart (alimentação, crenças, estilo de vida, orgulho, práticas culturais, etc.), escolhendo um que tenha mais pontos de destaque.
- Abranger cada diferença entre o dois grupos étnicos e perguntar se há alguém na sala que sente que não compartilha esse traço.
- Colar as folhas nas paredes em redor da sala e permitir que os participantes andem e revejam cada área temática.
- Pedir aos participantes que desenvolvam uma lista de características e traços mestra que sejam exclusivos e universais para o seu grupo étnico. Assegurar através de questionamento que todos concordam que a lista final é única e universal e compartilhada por todos na sala.
- No caso de todos os participantes serem do mesmo grupo étnico ou comunidade, pedir que identifiquem características e traços de outra comunidade que eles conhecem.

Notas do facilitador

Através desta discussão, identificar um único atributo ou característica que não é compartilhada por todas as pessoas de um grupo étnico particular. Explicar aos participantes que:

- a combinação de traços universais que tornam uma comunidade única na forma como pensa, vive, come, interage e se comporta é chamada cultura.
- Cultura é determinada pela comunidade e tem uma influência poderosa sobre os membros da comunidade.
- Cultura predetermina determinadas ações e crenças e leva as pessoas além da escolha individual.

11.2: A cultura ajuda e prejudica

Objetivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Analisar aspetos úteis da sua cultura.

- Demonstrar compreensão acerca de como valores, cultural, crenças e normas têm impacto sobre as percepções da sociedade sobre a sexualidade, gênero, papéis e sua articulação com infecção pelo VIH.
- Entender e desafiar a relevância de determinadas práticas culturais, crenças e sistemas de valor na era do VIH e SIDA.

Duração: 1 hora 30 minutos

Materiais

- Flipchart e marcadores
- Preparar cartazes escrevendo em letras grandes no topo de cada um, uma única característica cultural ou norma queniana. Use as características culturais definidas pelos participantes na sessão anterior.
- As categorias abrangidas devem incluir as crenças, atitudes, alimentação, saúde, estilo de vida e casamento. Não deve haver mais de 20 folhas de flipcharts.

Atividade 1: Cultura e normas

- Introduzir a ideia de norma cultural. Explicar que uma norma é um padrão de comportamento que é esperado ser seguido pela maioria das pessoas. É diferente de uma regra na medida em que é uma diretriz e não uma lei.
- Perguntar aos participantes o que vem em primeiro lugar, as pessoas ou a cultura? Promover o pensamento através de perguntas como:
 - »» Como eram pessoas antes de existir cultura?
 - »» Quem decide o que a cultura deve ser?
 - »» Na sua comunidade, conhece uma norma cultural que costumava ser seguida, mas já não é?
 - »» Existe alguma norma cultural que segue agora mas que não era seguida antes?
 - »» Em que circunstância é que se torna necessário seguir uma norma cultural? Peça exemplos.
- Desenvolver o argumento de que a cultura responde a necessidades humanas. Por exemplo, em sociedades onde existem mais mulheres do que homens, às vezes, homens têm permissão para casar com mais de uma mulher.
 - Perguntar: quando uma norma é feita, beneficia todos igualmente? Pedir exemplos.
 - Provocar o pensamento, pedindo:
 - »» Um homem ou mulher casados são afetados na mesma medida que um rapaz ou rapariga solteiros por uma norma cultural que prescreve como devem acontecer casamentos e entre quem?
 - »» Um homem é afetado tanto quanto uma mulher por normas que ditam o papel de uma mulher numa família?
 - »» Quem tem permissão para fazer uma nova norma cultural?
 - »» Qual é o processo pelo qual é feita uma nova norma?
 - »» Quando foi a última vez que uma nova norma foi feita? Peça exemplos.
 - »» Homens e mulheres têm igualdade de direitos ou autoridade na criação ou discussão de normas culturais?

Atividade 2: Porquê a cultura e as normas?

- Divida os participantes em grupos de três.
- Dê a cada grupo um flipchart com uma norma cultural escrita
- Dê cinco minutos para reflexão sobre a norma usando as seguintes perguntas orientadoras:
 - »» Por que existe esta norma? Quem a fez?
 - »» Como é que ela ajuda? Como é que ela prejudica?
 - »» Como a sociedade como um todo beneficia desta norma?
 - »» Existe facções da sociedade ou indivíduos prejudicados por esta norma? Quem e como?
 - »» Em que circunstâncias é provável que esta norma seja alterada?

»» Quais são os riscos para a saúde envolvidos na prática desta norma?

- Baseado nas discussões, pedir a cada grupo que decida se eles consideram a norma totalmente prejudicial totalmente benéfica. Colocar dois sinais, um em que se lê "Prejudicial" e outro em que se lê "Benéfico". Dê alguns minutos para que cada grupo apresente seus pontos a favor ou contra a norma. Cole a norma sob o sinal adequado "Prejudicial" ou "Benéfica".
- Realizar os passos acima descritos usando as diferentes normas da lista, até que a sessão termine

Notas do facilitador

Considerando que uma série de projetos no âmbito do VIH e SIDA já foram postos em prática para combater a sua propagação, é importante explorar e compreender algumas das práticas culturais, costumes e sistemas de crenças culturais subjacentes, incluindo normas e valores que influenciam a infeção pelo VIH. Esta sessão pretende trazer à tona aspetos da cultura que precisam ser abordados para o sucesso dos programas mudança de comportamento ao nível de VIH e SIDA na comunidade.

Pontos de informação-chave

- Uma norma cultural é uma diretriz que a maioria das pessoas é esperada seguir.
- As pessoas fazem a sua cultura em resposta às necessidades e preferências da sua sociedade.
- Às vezes uma norma cultural permanece mesmo que o motivo pelo qual foi feita já não seja válido.
- Nem todas as normas beneficiam igualmente todos os membros de uma comunidade.
- Uma Norma que beneficia muitas pessoas mais do que isso prejudica é geralmente útil manter. (Pode usar-se o exemplo da circuncisão masculina. Está provado que homens heterossexuais não circuncidados têm uma maior chance de contrair VIH do que os circuncidados).

Outras questões-chave para a consideração incluem:

- A Cultura, normas e poder desigual e forma como estes impactam as relações sexuais e a transmissão do VIH.
- As Normas de masculinidade inibem o conhecimento e o apoio à tomada de decisão e promovem a agressão e comportamentos de risco.
- As Normas de feminilidade que incentivam a docilidade e submissão e inibem a abertura à discussão sobre questões de sexualidade e saúde sexual e reprodutiva em geral.
- Estereótipos de género são reforçados por crenças culturais e sistema de valores



Atividade 3: Práticas tradicionais nocivas

- Pedir aos participantes para identificarem algumas das práticas culturais e tradicionais da sua comunidade, que eles acham que são prejudiciais por expor as pessoas a infecção pelo VIH. Reveja as respostas, certificando-se que algumas das práticas culturais e costumes listados abaixo estão incluídos.
- Listar as respostas e pedir aos participantes soluções que as comunidades possam adotar para erradicar algumas dessas práticas culturais prejudiciais.

Notas do facilitador

Métodos tradicionais de circuncisão masculina

A circuncisão masculina é praticada em muitas comunidades no Quênia, no entanto os métodos tradicionais onde a circuncisão é realizada em massa usando uma faca por esterilizar representa um risco de transmissão de VIH de um iniciado para outro.

Corte/mutilação genital feminina

A Mutilação genital feminina ou Corte Genital feminino (CGF) é praticada num grande número de países e culturas, incluindo o Quênia. Mulheres e meninas passam por operações mutilantes na sua genitália externa, e muitas sofrem danos permanentes e irreversíveis para a saúde. CGF/MGF coloca meninas e mulheres com risco aumentado de infecção pelo VIH através de várias vias:

- Em primeiro lugar, a utilização de instrumentos não esterilizados, como navalhas ou facas, para realização do procedimento promove uma série de riscos de passar o vírus de uma menina para a próxima.
- Em segundo lugar, a MGF torna os órgãos genitais femininos mais propensos a rasgar durante o coito. No caso de sutura acima da entrada vaginal, a penetração durante a relação sexual pode levar a hemorragia, o que faz com que a transmissão sexual do vírus a partir de um parceiro com VIH positivo muito mais provável.
- Em terceiro lugar, as dificuldades ao nível da relação sexual podem tornar uma mulher menos suscetível para acolher os avanços do parceiro e o que podem levá-lo a uma abordagem mais violenta durante o sexo envolver-se noutras práticas sexuais com a sua esposa (tais como o sexo anal desprotegido) o que pode colocá-la em risco aumentado de infecção pelo VIH. A perpetuação dessa prática é um claro exemplo de discriminação de género e uma violação do direito à saúde.

Herança da esposa e rituais de limpeza

Estas são práticas comuns em algumas comunidades no Quênia. Antigamente, esperava-se que o herdeiro da esposa viesse exclusivamente de dentro do clã e fosse alguém próximo marido morto, ou seja, os seus irmãos ou primos, embora atualmente podem ser herdadas por alguém de fora do clã. Portanto, isto significa que se o falecido marido morreu de VIH/ SIDA assume-se que a mulher sobrevivente também é VIH positivo, e o herdeiro será infetado e também posteriormente irá infectar o seu cônjuge. Em algumas formas ritual de purificação, a viúva tem que ter sexo com um pária social que é paga pela família do marido morto, supostamente para purificar a mulher dos espíritos malignos do marido morto. Em ambas as práticas, os preservativos são raramente usados. Herança da esposa e limpeza ritual estão intimamente relacionadas com os direitos de propriedade das mulheres, nos quais se estabelece que as viúvas não estão autorizadas a permanecer em suas casas ou nas suas terras, a menos que eles sucumbam a estas práticas. Destas práticas se disse a serem

protetoras das mulheres, dado que as mulheres ganham a legitimidade e a segurança de viver numa casa comandada por um homem e por serem "purificadas" de espíritos malignos.

Poligamia

A prática tradicional da poligamia permite aos maridos terem mais de uma esposa. Em casamentos polígamos o contacto sexual ocorre dentro do casamento entre várias esposas e seus maridos e além de qualquer contactos sexual extraconjugual que o cônjuge possa ter. Há um risco de infeção pelo VIH, introduzido no casamento através de contactos sexuais extraconjugais do cônjuge ou sempre que uma nova esposa que já seropositiva entra na união polígama.

Compartilhamento de esposa

Em algumas comunidades no Quénia, homens da mesma faixa etária permitem que as suas esposas durmam com os seus visitantes, o que é visto como um sinal de respeito entre os homens de meia-idade. Esta é uma prática que os predispõe ao risco de contrair ISTs e VIH e que pode facilmente espalhar-se por todo o grupo etário.

Sessão 12: ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

Visão geral

Estigma e discriminação relacionadas ao VIH e SIDA são quase tão antigas quanto a própria pandemia e existem também nas famílias e comunidades. Discriminação contra PLHIV deixa estas pessoas com cuidados de má qualidade. Este aspeto constrange potenciais pacientes que precisam de cuidados e prejudica os esforços de prevenção de VIH eficazes, limitando o acesso e a utilização dos serviços de saúde da parte de indivíduos. Como os programas em torno de VIH e SIDA se tornam cada vez mais disponíveis, o acesso e utilização dos serviços dependerá do respeito pelos direitos de PLHIV.

Objetivos do módulo

No final deste módulo, os participantes devem ser capazes de:

- Definir o estigma e a discriminação no contexto do VIH e SIDA.
- Identificar as diferentes formas de estigma.
- Identificar as causas, efeitos e como lidar com o estigma e a discriminação.
- Entender esse estigma e discriminação

12.1: Introdução ao estigma e discriminação

Objetivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Definir os termos estigma e discriminação.
- Identificar as manifestações ou causas de VIH e SIDA relacionados ao estigma e discriminação.

Duração: 30 minutos

Materiais

Flipcharts e marcadores

Atividade 1: Definições de estigma, discriminação e vulnerabilidade

Iniciar a sessão pedindo aos participantes para debaterem sobre as definições de estigma, discriminação e vulnerabilidade. Anotar as respostas num flipchart. Resumir e fornecer as definições detalhadas nas notas do facilitador.

Notas do facilitador

O que é estigma?

- o estigma é uma atitude que faz com que uma pessoa sinta baixa estima devido a uma condição, circunstância ou situação que enfrenta. Provoca na pessoa o sentimento de que se é odiado, inútil, indesejável ou não é aceito devido a um atributo ou condição, como o VIH e SIDA.
- Estigma é uma acusação, rotulagem ou referência que desonra ou fere alguém. Estigma literário significa uma marca ou defeito de alguém.
- Um atributo significativamente desabonador reduz o seu portador de uma pessoa inteira para alguém contaminado, com um defeito. Por exemplo, pessoas que sofreram de lepra foram completamente isoladas do resto da comunidade por medo que infetassem outros.

Estigma Relacionado com a SIDA refere-se ao preconceito e discriminação dirigida a PLHIV e grupos e comunidades com os quais estão associados. Isso pode resultar que as PLHIV sejam rejeitadas, banidas, discriminados na sua comunidade ou mesmo fisicamente feridas.

O Secretário geral da ONU Ban Ki Moon afirma: "estigma continua a ser a única e mais importante barreira à ação pública. É a principal razão pela qual muitas pessoas têm medo de ir ao médico para determinar se têm a doença, ou procurar tratamento, se necessário. Isso ajuda a tornar a SIDA um assassino silencioso, porque as pessoas temem a vergonha social que fale sobre ela e ajude a tomar as precauções disponíveis. O estigma é a principal razão pela qual a epidemia da SIDA continua a devastar as sociedades em redor do mundo."

O que é discriminação?

- é a reação negativa provocada por estigma.
- Tratamento diferente face a uma pessoa ou grupo (geralmente de forma pior).
- Discriminação isola pessoas por causa de um atributo ou uma condição, uma circunstância ou uma situação que enfrentam. Passa por tratar as pessoas injustamente, com viés e de uma forma que indica que não são toleradas.

Vulnerabilidade refere-se à facilidade com que alguém possa ser ferido, prejudicado ou atacado.

Atividade 2: Causas de estigma

- Pedir aos participantes que formem pares
- Distribuir cartões por esses pares.
- Pedir-lhes para dobrar o cartão em dois.
- Informar os participantes que eles vão em conjunto, desenhar, colorir e enviar um em breve cartão de melhoras aos pacientes num hospital, colocando em prática as suas habilidades artísticas.
- Os pacientes estão acamados devido a diferentes tipos de infeções oportunistas como resultado do seu estado de VIH positivo.
- Existem quatro pacientes:
 - »» Trevor, 35 anos, infetado em adultério.
 - »» Trina, 12 anos, infetada depois de ser violada.
 - »» Troy, 9 anos infetado durante o nascimento.
 - »» Trish, 24 anos, infetada quando utilizou drogas injetáveis.
- Pedir aos participantes para escolherem a quem vão enviar o cartão

- Dar os participantes 25 minutos para criar as cartas.
- Escrever os nomes dos pacientes nas cartas em letras garrafais e separadamente colar na parede.
- Pedir aos participantes para, com fita adesiva, colocar os cartões abaixo do paciente a quem eles gostariam de enviar o cartão
- Anotar as pequenas discussões e reação dentro dos pares antes de começarem a colocar os cartões. Analisar o número de cartões por paciente.
- Pedir aos participantes para passarem e lerem as para todos os pacientes.
- Pedir ao participante para darem as suas razões para enviarem o cartão para aquele paciente e não a outro.
- Apontar as respostas no flipchart.
- Pedir aos participantes que levantem a mão se gostassem de convidar a pessoa para sua casa.
- Perguntar a quem não gostaria os motivos para isso e anotar no flipchart.
- Resumir a sessão, dando as seguintes informações.

Por que as PLHIV são estigmatizadas

Medo de ficarem infetadas bem como asunções negativas, com base em juízos de valor acerca das pessoas que estão infetadas leva a altos níveis de estigma em torno de VIH e SIDA. Fatores que contribuem para o estigma em torno de VIH e SIDA incluem:

- Ignorância/equívoco e pouco conhecimento sobre a doença.
- Medo de contaminação, infeção e o fardo de cuidar de PLHIV.
- VIH e SIDA estão associados a irresponsabilidade pessoal e "maus comportamentos", tais como a homossexualidade, vício em drogas, prostituição e adultério que são estigmatizadas em muitas sociedades.
- A infeção pelo VIH é um resultado de um comportamento irresponsável, tal como ter relações sexuais sem usar preservativo ou partilhar agulhas esterilizadas aquando da utilização de drogas.
- O facto VIH e a SIDA serem uma doença fatal.
- A maioria das pessoas é infetada com o VIH através do sexo. Doenças sexualmente transmissíveis são sempre altamente estigmatizadas.

Declarações negativas associadas com VIH e SIDA

Desde as primeiras fases da epidemia de SIDA, uma série de imagens poderosas foram usadas e reforçaram e legitimaram a estigmatização.

- SIDA mata
- SIDA é uma sentença de morte
- SIDA é uma punção lenta
- Pessoas que têm VIH não têm razões para viver
- Jovens são mais é infetados
- As Pessoas que têm SIDA merecem
- VIH como castigo de Deus (para o comportamento imoral)
- O VIH é um crime (em relação às vítimas inocentes e culpados)
- O VIH como uma guerra (em relação a um vírus que deve ser combatido)
- Algumas pessoas acreditam que a SIDA é uma maldição de Deus ou de bruxas
- Crença de que pode ser transmitida através da partilha de objetos quotidianos ou por tocar numa pessoa infetada
- Crença de que pessoas saudáveis não podem ter VIH
- Convicções religiosas ou morais indicam que a infeção pelo VIH é um resultado da imoralidade e promiscuidade
- O facto de que o VIH ser incurável

12.2: Nomeando o problema

Objetivos No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Identificar estigma como um problema.
- Conectar-se ao estigma a nível emocional pessoal.
- Descrever sua própria experiência de estigma.

Duração: 30 minutos

Materiais

Marcadores, flipcharts, fitas, cadernos, canetas, giz, placas de cartão, fotos, folhas de dados e descrições das personagens nos cartões.

Representações de imagens de amostra

Figura 1: isolamento em sala de aula

Os alunos decidiram não se sentar perto de aluno em especial, por ele parecer magro e doente. O aluno isolado sente-se desanimado porque percebeu que ninguém quer sentar-se perto dele. Isto acontece porque os alunos não têm certeza de que doença padece este rapaz e, portanto, não quero correr o risco de ficar perto dele. Isso acontece nas nossas comunidades.



Figura 2: despejo

O dono de uma terra expulsa a família da sua casa na suspeita de que um membro da família é portador de VIH positivo. Ele teme que outras pessoas possam ser infetadas, e que ele possa ser responsabilizado. Acontece na comunidade. Muitas pessoas são despejadas devido ao seu estatuto de VIH.



Atividade 1: Cenários das fotos

- Colocar várias fotos na parede que retratam cenários de estigma diferentes.
- Dividir os participantes em grupos de quatro ou cinco, dependendo do número de participantes.
- Cada grupo primeiro olha para as fotos na parede e depois escolhe uma foto para discutir.
- Os grupos devem responder às seguintes perguntas:
 - »» O que está acontecendo na foto que possa estar relacionado com o estigma?
 - »» Por que motivo acontece?
 - »» Isso acontece na sua comunidade?

Atividade 2: Reflexão sobre nossa experiência de estigmatização

- Pedir aos participantes que encontrem um espaço calmo para que pensem em momento das suas vidas em que se sentiram solitários ou isolados.
- Depois de alguns minutos pedir que compartilhem as suas experiências com os pares e em seguida, retornar para o grande grupo para partilha.
- Basear-se nas reflexões e descobrir, com os participantes, as lições aprendidas através do exercício, garantindo que são discutidos pontos das notas do facilitador.
- Resumir os efeitos do estigma retratados pelos participantes. O exercício é suposto fazer com que os participantes se sintam estigmatizados e revelem como é mau estigmatizar as pessoas sem se importarem com as circunstâncias.

Cenários de estigma

"Eu era estudante da Universidade de Nairobi e membro da equipa de natação. No meu terceiro ano, fui infetado com TB. Posteriormente, perdi muito peso. Fui aconselhado a fazer o teste. Quando saiu era VIH negativo. Após recuperar de TB, voltei para o desporto que amava – a natação. No entanto, ao contrário de antes, fiquei doente, não tinha prazer em nadar com os meus companheiros de equipa. Os meus colegas estudantes saíam da piscina quando eu mergulhava. Eles acreditavam que eu era VIH positivo e que podiam infetar-se através da partilha da piscina comigo."

"O meu pai saiu da prisão depois de cumprir 10 anos por roubo violento. Ele é um homem regenerado, que trabalha duro na nossa exploração agrícola para nos alimentar. No entanto, as minhas irmãs e eu não conseguimos arranjar pretendentes porque a comunidade em que vivemos, acredita que somos ruins. Ninguém permite que os seus filhos se relacionem conosco, porque podem ter 'ladrões' como netos nas suas famílias."

"Eu venho de uma família pobre. O meu pai é um agricultor que trabalhou duro para que eu conseguisse atingir o ensino universitário. Na faculdade, não fui avaliada pelo mérito dos meus resultados académicos, mas pelo meu meio social e económico. As pessoas riam-se das minhas roupas e sapatos. E não escondem o escárnio, tudo para me humilhar."

"Foi um choque e ninguém queria acreditar, especialmente para a minha família, quando testei seropositivo. Estava condenado ao ostracismo."

Notas do facilitador

Reflexões

- As memórias antigas voltam fortes e frescas.
- Não é fácil de esquecer, porque magoam.
- é difícil partilhar essas experiências.
- São traumatizantes.
- A discriminação e estigma estão no nosso redor.
- Há preconceito em toda parte.
- Alguns sentimentos fortes fazem-nos querer defender e ajudar os outros.

- Entender o que os outros passam e torna-me forte.
- Faz-nos ajustar às situações para ajudar os outros em posições semelhantes.
- Torna-nos mais acomodados.
- Faz-nos reconhecer os problemas e lidar com eles quando chegarem.
- Aprendemos melhor quando passamos pelas situações.
- Precisamos trabalhar as atitudes negativas para causar um impacto positivo.

12.3: Efeitos do estigma e da discriminação

Objetivo

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de identificar os efeitos do estigma relacionados ao VIH e SIDA

Duração: 30 minutos

Atividade 1: Efeitos do estigma e da discriminação

- Pedir, usando as perguntas abaixo, que identifiquem os efeitos do estigma e da discriminação, dando exemplos, das suas comunidades. Escreva as respostas no flipchart.
- O que acontece com uma pessoa que está infetada com o VIH quando é demitida do emprego?
- o que acontece com uma mulher deserdada por sua família, quando o marido morre e ela é portadora de VIH positivo?
- Qual é a reação de um PLVIH, quando a comunidade ou a família os considera párias?
- Que tipo de atenção recebe do PLVIH, nos centros de saúde/clínica/hospitais?
- Rever as respostas e, usando as notas abaixo, expor os efeitos do estigma e da discriminação.

O International Centre for Research on Women Estados afirma "a epidemia do medo, estigmatização e discriminação minou a capacidade dos indivíduos, famílias e sociedades para protegerem-se e proporcionar apoio e conforto às pessoas afetadas. Isto dificulta os esforços decorrentes da epidemia. Complica as decisões acerca do teste, da divulgação do estatuto e da capacidade para negociar comportamentos de prevenção, incluindo a utilização de serviços de planeamento familiar."

Possíveis consequências do estigma e da discriminação incluem:

- Perda de rendimento
- Perda do casamento e de descendência
- Pobres cuidados de saúde
- Retirada dos cuidados ao domicílio
- Perda de esperança e sentimento de inutilidade
- Perda de reputação
- Impede as pessoas de procurarem tratamento
- Impede as pessoas de reconhecerem o estatuto de VIH
- Desencoraja a discussão sobre a doença
- PLHIV evitam serviços de cuidados de saúde
- PLHIV sentem-se culpadas e envergonhadas

12.4: Tipos de estigma

Objetivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de entender os diferentes tipos de VIH e SIDA e estigma relacionado.

Duração: 30 minutos

Materiais

Preparar cartazes com definições dos tipos de estigma

Método

Apresentação e sessão de perguntas e respostas

Atividade1: Diferentes tipos de estigma

- Prosseguir com a apresentação e certificar-se de que é uma sessão interativa que envolve a elaboração dos pontos eventualmente menos compreendidos.
- o uso de exemplos irá melhorar a apresentação.
- Pedir perguntas e esclarecimentos no final da apresentação.

Notas do facilitador

Diferentes tipos de estigma

Em termos de VIH e SIDA, o estigma pode ser agrupado em quatro tipos principais, como tal como descrito de seguida.

Estigma interno ou autoestigma: Este é o estigma que PLHIV têm para si mesmas. É resultado do desenvolvimento de um sentimento negativo em relação a si. As pessoas com VIH pensam de si mesmas nos mesmos modos como elas acreditam que o público vê alguém com VIH. inclui sentimentos ódio, vergonha e culpa. As PLHIV podem impor crenças e ações estigmatizantes a si mesmos, tais como:

- Esconder doença ou preocupações em relação aos outros. As PLHIV podem querer esconder dos outros os comportamentos que podem ter levado à infeção.
- Evitar a companhia de amigos ou familiares - uma pessoa pode recusar ir trabalhar ou juntar-se à família.
- Evitar serviços de VIH. A maioria das pessoas que não aceitam seu estatuto de VIH positivo podem recusar o acesso a tratamentos ou grupos de apoio para onde são referenciados.

Estigma sentido: São atitudes, perceções ou sentimentos que as pessoas têm em relação a PLHIV.

Incluem:

- Sentimentos de raiva face a pessoas VIH positivas ou medo delas. Há experiências documentadas em que famílias têm enviado para longe os seus familiares por estes serem VIH positivo. Há até relatos de pessoas que foram mortas por familiares seus por serem um "incómodo".
- Sentimentos de que a pessoa com VIH positivo deva ser separada dos outros para protegerem a saúde pública.
- Tornar a sua identidade pública.

Estes sentimentos são sempre acompanhados por declarações como:

- "Têm o que merecem."
- "Deveriam estar trancados em algum lugar"
- "Deveriam ser deixados morrer"

Estigma ativo: É composto por ações direcionadas a pessoas com VIH positivo tais como:

- Insultar, criar e boatos e descredibilizar PLHIV.
- Exclusão face a responsabilidades, reuniões sociais ou assuntos de família.
- Vitimização (punir as pessoas pelos erros dos outros).
- Recusa de tratamento, cuidados ou apoio, teste sem consentimento e falta de confidencialidade face a PLHIV. A falta de confidencialidade foi repetidamente mencionada como um problema particular em contextos de cuidados de saúde. As PLHIV muitas vezes não

podem escolher como, quando e a quem divulgar seu estatuto de VIH. Os estudos da OMS constataram que 34% dos entrevistados relataram violações de confidencialidade por parte de profissionais de saúde.

Estigma associado: este é o estigma que é dirigido à família e amigos de PLHIV ou àqueles que sofrem com doenças associadas ao VIH e SIDA. Incluem:

- Proibição dos filhos em visitar ou relacionar-se com os filhos de PLHIV.
- Recusa de compra de alimentos a fornecedores percebidos como sendo VIH positivo.
- Evitamento face à partilha de copos ou roupas de PLHIV por medo de ficar infetado.
- Associação de doenças tais como a tosse e problemas de pele com VIH e SIDA. Também existem experiências de estigma associado em pessoas que se recusam a visitar certas instalações de saúde, que são conhecidas por tratarem pessoas VIH positivas bem como famílias que se recusam a aceitar presentes em termos de produtos agrícolas por terem um filho VIH positivo.

12.5: Autoestigma e autoestima

Objetivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Entender o significado de autoestima positiva.
- Entender como a autoestima se desenvolve, é construída pode estar danificada.
- Considerar o papel que a autoestima desempenha na escolhas e decisões que tomamos.

Duração: 1 hora

Materiais

- Flipcharts e marcadores, dois pedaços de papel e caneta/lápis para cada participante
- Três cartas com um texto, como indicado abaixo:

Cartão #1: "Autoestima" é uma palavra usada para descrever a forma como as pessoas se sentem em relação a si mesmas. A forma como as pessoas se sentem em relação a si mesmas influencia as suas ações face aos outros. Pessoas com elevada autoestima sabem que merecem amor e respeito, de modo que são confiantes nas suas capacidades. Pessoas com elevada autoestima são capazes de trabalhar afincadamente, definir objetivos e alcançar o que se propuseram fazer

Cartão #2: Quando desenvolver algo de forma negativa, aceito isso e empenho-me mais. Se um rapaz de quem gosto não gosta de mim, sinto-me triste, mas a passar mais tempo com amigos, passado algum tempo, sinto-me melhor.

Cartão #3: Não aceito quando não atingir um objetivo. Culpo o professor por isso. Se um rapaz de quem gosto não gosta de mim, deprimido e começo a seduzir outros rapazes para tentar fazê-lo sentir ciúmes.

Atividade 1: O que é autoestima?

- Dividir os participantes em grupos de três ou quatro pessoas. Peça-lhes para definir "autoestima."
- Depois de alguns minutos, dar três cartões a três voluntários.
- Pedir ao primeiro voluntário para ler cartão #1.
- Perguntar aos participantes se compreenderam o que foi lido e se têm perguntas.
- Pedir aos segundos e terceiros voluntários para lerem os seus cartões.

- Perguntar aos grupos quais destas duas pessoas tem a autoestima mais elevada (ou positiva) e a que tem uma autoestima mais baixa (ou negativa).
- Continuar a discussão por alguns minutos com perguntas adicionais seguindo sobre pontos introduzidos pelo grupo. Como afetou a sua autoestima o facto de lidar com estas situações?
- Discutir as situações e escolhas em detalhe bem como a autoestima levou a diferentes escolhas.

Atividade 2: Desenvolver autoestima

- Brainstorm com as respostas do grupo e a colocação num flipchart aquilo que pensam acerca de como a autoestima é desenvolvida?
 - Incentivar discussão em torno dos pontos listados.
 - Dar a cada participante dois pedaços de papel. Peça simularem que aquele pedaço de papel representa a sua autoestima.
 - Dizer-lhes que a autoestima pode ser danificada por coisas negativas ou pode ser construída através de aspetos positivos ou coisas boas que acontecem.
 - Dizer que você vai ler em voz alta uma série de instruções. Pedir para arrancar um pedaço do papel de cada vez que ouvir uma declaração que afeta negativamente a autoestima. Devem rasgar pedaços maiores ou menores, com base no quanto cada instrução afeta sua autoestima.
 - Ler as instruções a seguir e dar alguns segundos entre cada uma para que os participantes possam responder:
 - »» A sua família pode enviar apenas um filho para a Universidade. O seu irmão foi escolhido em vez de si.
 - »» Falhou um penalti e os seus companheiros de equipa dizem que perderam por sua culpa .
 - »» O seu melhor amigo compete consigo em todas as ocasiões e isso deixa-o em baixo.
 - »» A faculdade a que se candidatou rejeitou o pedido.
 - »» A sua mãe chama-o de estúpido.
 - »» Apaixonou-se por um muçulmano. A sua família não vai aceitar pois é cristã.
- Discussão: observe o seu papel e o daqueles em seu redor. De que forma a autoestima foi afetada por estas declarações? Algumas coisas afetam a sua autoestima mais do que aos outros? Quais? Por que motivo?

Atividade 3: Formas de construir a autoestima

- Dividir os participantes em pequenos grupos no início de sessão.
- Pedir que peguem um segundo pedaço de papel e escrevam no topo "Formas de construir a minha autoestima".
- Dar aos grupos 5 a 10 minutos para listar todas as maneiras de construir a autoestima, de que se lembram.
- Em discussão de grupo inteiro, pedir a cada grupo que compartilhe uma coisa da sua lista que é fácil de fazer e outra que é difícil de fazer. Tentar que não haja repetições. Fazer duas listas em duas folhas de flipchart.
- Incentivar discussão geral em torno das listas.
 - »» Por que razão é difícil construir e manter uma autoestima positiva?
 - »» Qual é a relação entre valores e autoestima?
 - »» De que forma ter uma autoestima elevada ou positiva ou baixa autoestima ou negativa pode levar uma pessoa a fazer escolhas diferentes? Pensar em exemplos possíveis? Lembrar o grupo acerca das leituras da sessão anterior para debater ideias fluidamente.

Notas do facilitador

Enfatizar as seguintes informações:

- A nossa autoestima é influenciada por pessoas e coisas que experienciamos bem como pelos nossos valores.
- A autoestima pode ser construída por experiências bem-sucedidas e comentários positivos nossas e de outros.
- A autoestima pode ser prejudicada por experiências negativas e experiências de humilhação de outras pessoas.
- A autoestima positiva refere-se ao resultado de tomada de decisões.

Atividade 4: Importância de sentirem-se bem

- Pedir aos participantes para fazerem um desenho, uma pintura, escrever um poema ou uma canção e encontrem uma forma de expressar "o que o faz sentir-se bem".
- Pedir para partilhar os seus trabalhos em pares.
- Os pares são convidados a discutir as seguintes questões:
 - »» As PLHIV precisam de se sentir bem consigo mesmas?
 - »» Por que é o "sentir-se bem (bem-estar emocional) importante para as PLHIV terem uma vida longa?
 - »» O que pode impedir que as PLHIV se sintam bem?
- Pedir aos pares para partilharem a discussão em. Verificar se os seguintes pontos são abordados.

As PLHIV precisam, para se sentir bem consigo mesmos

- Serem amadas e cuidadas
- Serem ouvidas
- Terem informações sobre VIH e SIDA
- Alimentação nutritiva
- Estarem envolvidas nas tomadas de decisão da família
- Acesso a serviços médicos adequados
- Proteção legal para impedir que sejam despedidos dos seus empregos
- Orações e palavras de encorajamento de líderes espirituais
- Serem consideradas produtivas e contribuir para a família como os outros

Por que motivo é o "sentir-se bom" importante para PLHIV?

- Se nossa mente está, também estará o nosso corpo
- É menos provável que adoeçam
- Estão mais propensos a partilhar problemas

O que pode impedir que as PLHIV se sintam bem?

- Estigma – falta de atenção, isolamento, falta de cuidados e apoio
- Auto estigma – sentirem-se culpados, perda de amigos, estigma da parte de vizinhos
- A autoestima e a importância de desenvolver a autoestima
- A nossa autoestima é influenciada por pessoas e coisas que experienciamos bem como pelos nossos valores.
- A autoestima pode ser construída por experiências bem-sucedidas e comentários positivos nossas e de outros.
- A autoestima pode ser prejudicada por experiências negativas e experiências de humilhação de outras pessoas.
- A autoestima positiva refere-se ao resultado de tomada de decisões.

A eliminação do estigma e da discriminação é uma obrigação de cada governo

O Artigo 58 da declaração de compromisso das Nações Unidas sobre VIH e SIDA obriga os governos ao seguinte: "Até 2003, devem promulgar, reforçar ou impor como legislação, regulamentos e outras medidas para eliminar todas as formas de discriminação e para garantir o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais de pessoas com VIH e

SIDA e membros de grupos vulneráveis, em particular para garantir o acesso a educação, herança, emprego, saúde, serviços sociais e de saúde, prevenção, apoio, tratamento, informações e proteção legal, respeitando a sua privacidade e confidencialidade e desenvolver estratégias para combater o estigma e a exclusão social, relacionada com a epidemia."

A Diretriz 9 da *International Guidelines on HIV and AIDS and Human Rights* diz que Estados-Membro devem promover a distribuição ampla e permanente de educação criativa, formação e programas de media explicitamente concebidos para mudar atitudes de discriminação e estigmatização associadas ao VIH que promovam a compreensão e aceitação.

12.6: Lidar com o estigma

Objetivos

No final da sessão, os participantes devem ser capazes de:

- a fim de viver uma vida longa e produtiva, reconhecemos a importância do bem-estar emocional de PLHIV.
- Identificar como se pode ajudar as PLHIV a permanecerem emocionalmente saudáveis.
- Identificar as formas como se pode desafiar o estigma e auxiliar as PLHIV para lidar com os efeitos do estigma.

Duração: 45 minutos

Materiais

Papel e canetas

Atividade 1: Apoiar indivíduos e comunidades para lidar com estigma

- Dividir os participantes em grupos de quatro ou cinco, dependendo do número de participantes.
- Os grupos devem responder às seguintes perguntas:
- Como podemos apoiar as PLHIV para lidar com o estigma?
- Que grupos de apoio se podem construir para indivíduos e famílias na comunidade?
- Pedir a cada grupo para partilhar em plenário aquilo que pensaram.

Notas do Facilitador

Como podemos apoiar as PLHIV para lidarem com o estigma

- Encorajar as PLHIV a falar abertamente com amigos e família acerca dos seus sentimentos face à situação. Encorajar a família e amigos a empatizar com elas.
- Encorajar as PLHIV a recorrerem a apoio e aconselhamento de família, amigos e profissionais da área.
- Encorajar a entrarem em grupos de apoio para partilharem sentimentos e experiência com outras PLHIV.
- Apoiá-las para continuarem produtivas – fazer coisas que melhorem a auto estima.
- Ajudá-las a focarem-se em coisas positivas e terem uma atitude positiva – “Quero manter-me vivo/a pelos meus filhos”
- Envolver-se em intervenções significativas sobre VIH

- Encoraja-las a envolverem-se em campanhas e *lobby* pelos Direitos Humanos.
- Desafiar o estigma e demonstrar que é algo errado.
- Reconhecer os direitos das PLHIV ao sexo, casamento, ter filhos, ter trabalho ter amigos e exigir esses direitos.

Mobilizar o apoio da comunidade às famílias afetadas pelo VIH

O que os grupos e organizações podem fazer para apoiar a comunidade

- Organizar reuniões comunitárias para discutir o que fazer face ao VIH e SIDA na comunidade.
- Providenciar grupos de apoio psicossocial para PLHIV.
- Identificar as famílias mais desfavorecidas como aquelas em que existem crianças e órfãos ou famílias feridas por avós para prestação de apoio.
- Advogar para a consideração destas famílias pelo governo através de programas financeiros por exemplo.
- Providenciar pessoas neutras para ajudar no processo de revelação junto das famílias para mediar conflitos.
- Disseminar o *AIDS survival knowledge* junto das comunidades.
- Organizar um Sistema de visitas regulares a famílias afetadas pelo VIH.
- Doar comida, roupa, bens agrícolas.
- Fazer reparações nas habitações e ajudar a cultivar os campos.
- Organizar formas de gerar dinheiro junto das famílias vulneráveis.
- Promover hortas comunitárias.
- Criar associações de microcrédito e empréstimos.

Sessão 13: INTRODUÇÃO À AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

Visão Geral

É fundamental que monitorizemos e avaliemos os programas de forma a para justificar os recursos utilizados e permitir que possam ser alargados a níveis que, em última instância, tenham um impacto sustentável. O acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção e cuidados relacionados com o VIH e a SIDA ajudarão os responsáveis pela sua execução a determinarem a eficácia dos programas. Nesta sessão, forneceremos métodos para responder a três perguntas simples mas importantes:

Estamos a fazer as coisas certas? Estamos a fazê-las da melhor forma? As intervenções fazem realmente diferença? Responder a estas perguntas permitirá aos gestores de programas de

Mudanças de Comportamento decidirem como e quando alterar os programas existentes ou construir novos.

O desafio de medir a mudança de comportamento

É relativamente fácil medir as mudanças ao nível do conhecimento dado que os educadores de pares sabem que informações querem passar aos participantes. Medir atitudes e capacidades (ou, pelo menos, capacidades percebidas) bem como intenções comportamentais também é relativamente fácil. A medição da mudança de comportamento real é, contudo, complicada, exigindo frequentemente técnicas de medição mais sofisticadas.

Por vezes, as mudanças de comportamento resultantes de intervenções só podem ser medidas através dos relatos individuais acerca dos seus próprios comportamentos, os quais são difíceis de verificar. Além disso, fazer perguntas sobre comportamentos relacionados com a sexualidade pode ser controverso e mal visto em certas culturas ou instituições. No entanto, é importante coletar os dados comportamentais úteis e informar acerca do processo e resultados de um programa.

Meta

Descrever os conceitos de monitorização e avaliação dotando os participantes de competências para monitorizar e avaliar os programas de Mudança de Comportamento.

Objetivos

No final desta sessão, os participantes serão capazes de:

- Compreender os princípios básicos de monitorização e avaliação (M e E).
- Compreender como a M e E é conduzida sendo capaz de identificar ferramentas-chave que podem usar nos seus programas.

Duração: 1 hora 45 minutos

ANEXOS

Orientações da OMS para a gestão das complicações para a saúde da Mutilação Genital Feminina

1. Contextualização

A mutilação genital feminina (MGF) compreende todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total de órgãos genitais externos ou outras lesões nos órgãos genitais femininos por razões não médicas (1). Embora seja reconhecido internacionalmente como uma violação dos direitos humanos e da legislação para proibir o procedimento é posto em prática em muitos países, até à data a prática ainda é relatado em 30 países de África e em alguns países da Ásia e Médio Oriente (1, 2). Outras formas de MGF foram também relatadas em outros países, tais como certos grupos étnicos da América Central e do Sul (1). O aumento da migração internacional aumentou também o número de raparigas e mulheres que sofreram ou podem sofrer a prática e que vivem nas várias comunidades da diáspora, incluindo na Europa e na América do Norte, (3, 4).

Estima-se que mais de 200 milhões de raparigas e mulheres em todo o mundo vivem com os efeitos da MGF (2), e apesar dos esforços para erradicar a prática, todos os anos cerca de 3 milhões de raparigas e mulheres correm risco de MGF e suas consequências negativas para a saúde (4).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), como parte de seu mandato basilar de prestação de assistência aos Estados Membros na consecução do objetivo de alcançar o mais alto padrão possível de saúde para todos, emitiu em 2008 uma declaração interagência acerca da eliminação da MGF. A declaração descreve, entre outras coisas, as implicações negativas da prática para a saúde e, muito importante, para os direitos humanos das raparigas e mulheres, declarando vigoroso apoio ao seu abandono (1). A aspiração de colmatar as condições de saúde adversas associadas e restaurar os direitos humanos violados constitui a pedra angular destas diretrizes.

1.1 Tipos de MGF

A OMS classifica a MGF em quatro tipos (1), como mostrado na Caixa 1.1. A primeira imagem mostra a genitália feminina inalterada para comparação.

1.2 Razões pelas quais a MGF é realizada

A MGF é praticada por uma variedade de razões socioculturais, variando consoante a região e grupo étnico. A principal razão é o facto de fazer parte da história e tradição cultural da comunidade. Em muitas culturas, constitui um rito de passagem para a idade adulta e também é realizada para conferir um sentido de identidade étnica e de género dentro dessa comunidade. Em muitos contextos, a aceitação social é a principal razão para a continuação da prática. Outras razões incluem a salvaguarda da virgindade antes do casamento, a promoção da nupcialidade (ou seja, o aumento das possibilidades de encontrar um marido), a garantia de fidelidade após o casamento, a prevenção face a violação, ser fonte de rendimento para as circuncisadoras e a estética (limpeza e beleza). Algumas comunidades acreditam que a MGF é uma exigência religiosa, embora não seja mencionada nos principais textos religiosos, como o Corão ou a Bíblia. De facto, a MGF antecede o Islão e não é praticada em muitos países muçulmanos, sendo que é realizada em algumas comunidades cristãs (5). Seja qual for a razão, a MGF reflete uma profunda desigualdade entre géneros. Este aspeto, bem como o facto da MGF ser uma prática sociocultural muito enraizada, torna a sua completa eliminação extremamente desafiadora. Como tal, os esforços para prevenir e, por conseguinte, erradicar a

MGF em todo o mundo devem continuar, além de ser necessário reconhecer e ajudar as raparigas e mulheres que já vivem com as consequências de MGF, cujas necessidades de saúde não estão totalmente cumpridas.

1.3 Riscos da MGF para a saúde

A MGF não tem benefícios para a saúde e as raparigas e mulheres que foram submetidas ao procedimento estão em grande risco de sofrer complicações ao longo das suas vidas. O procedimento é doloroso e traumático (1) e é frequentemente realizado em condições não esterilizadas por um curandeiro tradicional com pouco conhecimento da anatomia feminina ou de como lidar com possíveis adversidades (6). Além disso, a remoção ou lesão de tecido genital saudável interfere com o funcionamento do corpo podendo provocar várias consequências imediatas e de longo prazo para a saúde ginecológica (6-8) (ver Caixa 1.2). As evidências indicam que pode haver maior risco de danos imediatos em situações de MGF do tipo III, comparativamente aos tipos I e II, sendo que esses eventos tendem a ser consideravelmente pouco relatados (6).

Caixa 1.1 Tipos de MGF*

Genitália inalterada

Glândulas Bartoli
clitóris
uretra
Entrada da vagina
períneo
ânus
Lábios menores
Lábios maiores
Prepúcio

Tipo Ia: Remoção total ou parcial do clitóris (clitoridectomia) e do prepúcio

Glândulas Bartoli
clitóris
uretra
Entrada da vagina
períneo
ânus
Lábios menores
Lábios maiores
Prepúcio

MGF Tipo Ib Remoção do clitóris e do prepúcio (clitoridectomia)

Glândulas Bartoli
clitóris
uretra
Entrada da vagina
períneo
ânus
Lábios menores
Lábios maiores
Prepúcio

Tipo II Remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão).

Glândulas Bartoli

clitóris
uretra
Entrada da vagina
períneo
ânus

MGF Tipo IIa: remoção dos pequenos lábios apenas

Prepúcio
Lábios menores
Lábios maiores
Glândulas Bartoli
clitóris
uretra
Entrada da vagina
períneo
ânus

MGF Tipo IIb: remoção parcial ou total do clitóris e pequenos lábios

Prepúcio – pode ser afetado
Lábios menores
Lábios maiores
Glândulas Bartoli
clitóris
uretra
Entrada da vagina
períneo
ânus

MGF Tipo IIc: Remoção parcial ou total do clitóris, pequenos lábios e grandes

Prepúcio
Lábios menores
Lábios maiores

Tipo III Estreitamento do orifício vaginal pela criação de um selo de cobertura por corte e aposição dos lábios menores e/ou os lábios maiores, com ou sem excisão do clitóris (infibulação)

MGF tipo IIIa: remoção e aposição dos pequenos lábios com ou sem excisão do clitóris

Glândulas Bartoli
clitóris– pode ser afetado
uretra
Entrada da vagina
ânus
Prepúcio – pode ser afetado
Lábios menores
Lábios maiores
períneo
(Infibulação pode resultar de uma cicatrização e não de uma sutura)

MGF tipo IIIb: remoção e aposição dos grandes lábios com ou sem excisão do clitóris

Glândulas Bartoli
clitóris– pode ser afetado
uretra
Entrada da vagina

ânus
Prepúcio – pode ser afetado
Lábios menores – podem ser afetados
Lábios maiores
períneo
(Infibulação pode resultar de uma cicatrização e não de uma sutura)

Reinfibulação: O procedimento de estreitar a abertura vaginal de uma mulher após ter sido desinfibulada (após o parto);

Tipo IV: Todas as outras formas de procedimentos nefastos em relação à genitália feminina por razões não médicas, por exemplo: picar, puxar, perfurar, fazer uma incisão, raspagem ou cauterização

Glândulas Bartoli
clitóris– pode ser afetado
uretra
Entrada da vagina
piercing
ânus
Prepúcio – pode ser afetado
Lábios menores – podem ser afetados
Lábios maiores
Períneo

* Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for healthcare professionals. 2016 (under review).

Em relação aos riscos obstétricos associados à MGF, um grupo de estudo da OMS que conduziu uma análise em 2006 e concluiu que as mulheres que vivem com MGF são significativamente mais prováveis de ter problemas obstétricos complexos e que este risco parece ser maior nas formas mais extensas do procedimento, comparativamente aquelas mulheres que não sofreram MGF (9). Estas complicações podem também afetar a saúde dos recém-nascidos (10) (ver quadro 1.2).

Para muitas raparigas e mulheres, serem submetidas a MGF pode ser uma experiência traumática que pode deixar uma marca psicológica duradoura e causar uma série de problemas ao nível da saúde mental (11, 12) (ver Caixa 1.2).

Dado que alguns tipos de MGF envolvem a remoção de estruturas sexualmente sensíveis, incluindo o capuz do clitóris e parte dos pequenos lábios, algumas mulheres relatam redução da resposta sexual e diminuição da satisfação sexual. Além disso, a cicatrização da área vulvar pode resultar em dor, inclusive durante a relação sexual (6, 11) (ver Quadro 1.2).

Além desses riscos para a saúde, uma série de procedimentos e atividades diárias podem ser prejudicadas devido a distorções anatômicas, nomeadamente aquando da realização de exames ginecológicos, testes de citologia, evacuação do útero em situações pós-aborto, colocação de dispositivo intra-uterino (DIU) ou uso de tampão, especialmente em situações de MGF tipo III.

Fornecer dados exatos sobre os impactos diretos da MGF sobre a saúde tem sido uma tarefa desafiadora devido ao tamanho das amostras de casos e às limitações metodológicas dos estudos disponíveis. Apesar dessas limitações, ao longo da última década, as evidências acerca dos impactos diretos para a saúde da MGF aumentaram, permitindo que recentes revisões

sistemáticas e meta-análises fornecessem informação importante ao nível desses impactos na saúde. A Caixa 1.2 contém um resumo de todos os riscos para a saúde relacionados com a MGF.

Embora existam evidências de que esses efeitos adversos para saúde estão associados à MGF e que muitas comunidades começaram a reconhecer essa associação, na realidade os profissionais de saúde ainda desconhecem muitas das consequências negativas para a saúde pelo que continuam a ter formação inadequada para as reconhecer e tratar.

1.4 MGF e direitos humanos

Reconhecendo a persistência da MGF independentemente dos esforços concertados para erradicar ou abandonar a prática em algumas comunidades afetadas e reconhecendo a necessidade crescente de orientação clara sobre o tratamento e cuidados das mulheres que foram submetidas à MGF, a OMS desenvolveu diretrizes para incluir um foco na saúde humana Direitos e desigualdade de género (13).

Em Dezembro de 2012, os Estados-Membro da Organização das Nações Unidas (UN) acordaram, em Assembleia Geral, eliminar a MGF, considerando-a uma prática que é "um abuso irreparável e irreversível que afeta negativamente os direitos humanos das mulheres e das raparigas" (14).

Durante várias décadas diversos grupos de investigadores, advogados, legisladores e profissionais de saúde têm oferecido visões e ideias diferentes sobre qual a melhor forma de responder a esta resolução da ONU. Um poderoso e consistente tema nestes debates tem sido o apelo para o reconhecimento comum da MGF como uma negação da possibilidade de raparigas e mulheres exercerem plenamente os seus direitos humanos e de estarem isentas de discriminação, violência e desigualdade.

A MGF viola uma série de princípios, normas e direitos humanos estabelecidos, incluindo os princípios da igualdade e da não discriminação com base no género, o direito à vida, quando o procedimento provoca a morte, e o direito a não ser submetido a tortura nem a tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes, bem como aos direitos da criança (ver Caixa 1.3). Uma vez que interfere com tecido genital saudável na ausência de necessidade de intervenção médica e pode levar a graves consequências para a saúde física e mental da mulher, a MGF também é uma violação do direito de uma pessoa ao mais alto padrão de saúde possível.

Vários tratados e acordos de direitos humanos declararam, também, que a MGF é uma manifestação de violência contra raparigas e mulheres e uma prática que sustenta normas e estereótipos de género desiguais que violam os direitos humanos. Os órgãos de monitorização dos tratados de direitos humanos têm deixado claro que práticas prejudiciais como a MGF tais como a medicalização da MGF (ver secção 1.5), que muitas vezes é instituída como medida de redução de danos (13). As intervenções de saúde dirigidas às mulheres que sofrem complicações relacionadas com a MGF podem contribuir para a salvaguarda e restabelecimento de uma série de direitos humanos relacionados com a saúde. Para atingir este objetivo, é necessária uma orientação clínica adequada baseada em evidências, acompanhada de uma formação adequada da parte dos prestadores de cuidados de saúde. Embora a promoção e a proteção dos direitos humanos seja, em última instância, da responsabilidade dos governos, é evidente que os prestadores de cuidados de saúde têm um papel fundamental a desempenhar para assegurar que os esforços para erradicar a MGF e, conseqüentemente, cuidar das mulheres que vivem com MGF sejam realizados com a máxima consideração pelos direitos humanos das raparigas e das mulheres (13).

1.5 Medicalização da MGF

A medicalização da MGF refere-se a situações em que o procedimento (incluindo a reinfibulação) é praticado por qualquer categoria de prestador de cuidados de saúde, numa clínica pública ou privada, em casa ou em qualquer outro lugar, em qualquer momento da vida de raparigas, raparigas ou mulheres. Esta definição foi adotada pela OMS em 1997 (21) e reafirmada em 2008 por 10 agências da ONU na declaração interagências *Eliminating female genital mutilation* (1). A declaração interagências enfatiza fortemente que, independentemente da MGF ser realizada por uma pessoa da comunidade ou pessoal médico, representa sempre uma prática nociva e antiética, sem quaisquer benefícios, pelo que não deve ser realizada em nenhuma circunstância.

As comunidades podem estar, cada vez mais, a voltar-se para os prestadores de cuidados de saúde para realizar o procedimento devido a uma combinação de razões. Um fator importante é o facto de a MGF ter vindo a ser tratada desde há anos como uma questão de saúde, usando-se aquilo que é conhecido como a "abordagem de risco à saúde". Esta abordagem envolveu especialistas em saúde, respeitados localmente, que manifestaram preocupação acerca dos riscos para a saúde da MGF, sob a forma distribuição de informação didática e factual (22). Em vários países de alta prevalência, esta abordagem, infelizmente, não resultou junto em pessoas, famílias ou comunidades para que abandonassem a prática, mas começou a ter impacto no sentido de que se mudou a prática de circuncisadoras tradicionais para praticantes que utilizam métodos modernos ao nível da saúde, na esperança de que isso reduzisse o risco de várias complicações. (21, 22). Isto trouxe à luz o problema de que, embora fornecer informações sobre os riscos de saúde associados à MGF seja uma parte importante da sua eliminação, não é suficiente para erradicar uma prática fortemente baseada em crenças culturais e profundamente enraizada nas tradições da sociedade.

Como um efeito secundário adicional da "abordagem do risco para a saúde" para a eliminação da MGF, algumas organizações profissionais e governos têm apoiado cada vez mais as formas menos radicais de corte (por exemplo, a picada do clitóris), realizadas em condições higiénicas e clinicamente controladas; tais estratégias de redução de dano são uma tentativa de reduzir o risco de complicações graves decorrentes do procedimento quando realizadas em condições precárias.

Estas circunstâncias – juntamente com o facto de um número significativo de prestadores de cuidados de saúde ser incapaz ou não estar disposto a definir uma posição clara quando confrontados com questões cruciais, como solicitações para realizar MGF ou reinfibulação (5) - contribuíram para aumentar a popularidade da MGF medicalizada em toda a África e Médio Oriente. Além disso, é provável que o envolvimento de prestadores de cuidados de saúde no processo de realização de MGF conferir um sentido de legitimidade à prática e dar a impressão de que o procedimento é bom para a saúde das mulheres ou que, pelo menos, é inofensivo (21).

Os esforços para acabar com esta consequência involuntária foram iniciados pela OMS em 1979 na primeira conferência internacional sobre MGF, realizada em Cartum, no Sudão, na qual a OMS estabeleceu que é inaceitável sugerir que a realização de formas menos invasivas de MGF em instalações médicas irá reduzir as complicações de saúde. Desde então, esta posição foi endossada por numerosas outras associações de profissionais médicos, agências internacionais, organizações não-governamentais (ONGs) e governos. A condenação da medicalização da MGF foi ainda salientada e reiterada na declaração interagências de 2008

acerca da eliminação da MGF (1). Reconheceu-se que parar a medicalização da MGF é um componente essencial da abordagem holística e baseada nos direitos humanos da eliminação da prática: quando as comunidades vêem que prestadores de cuidados de saúde tomam uma posição a favor do abandono do procedimento e se abstêm de o realizar, esse aspeto irá fomentar o debate local e o questionamento da prática.

Caixa 1.3: Direitos humanos violados pela prática de MGF

Direitos Humanos	Racional
Direito ao mais alto padrão possível de saúde	Porque a MGF pode resultar em graves danos físicos e mentais e porque constitui um procedimento invasivo em tecido saudável sem qualquer necessidade médica, é visto como uma violação do direito à saúde. O Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais reconhece o direito de todos os seres humanos ao "mais alto padrão possível de saúde física e mental" (15).
<p>Direito à vida e à integridade física, incluindo a ausência de violência</p> <p>Direito à liberdade contra a tortura e os tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes</p>	A MGF pode causar graves danos físicos e mentais, que por vezes resultam em morte. Como tal, interfere com o direito da mulher à vida, à integridade física e à liberdade face à violência. O direito à integridade física inclui o direito a não sofrer tortura, a dignidade inerente à pessoa, o direito à liberdade e à segurança da pessoa, e o direito à privacidade. Esta categoria de direitos é protegida por vários instrumentos de direitos humanos, incluindo: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigos 1 e 3; O Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, Preâmbulo; O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (ICCPR), Preâmbulo e Artigo 9; E a Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC), Artigo 19 (15-18).
Direito à igualdade e não discriminação com base no sexo	A MGF perpetua a crença discriminatória fundamental do papel subordinado das raparigas e das mulheres, que se enquadra na definição de discriminação contra as mulheres. Refere-se a "qualquer distinção, exclusão ou restrição feita com base no sexo que tenha o efeito ou o propósito de prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pelas mulheres, independentemente do seu estado civil, numa base de igualdade entre homens e mulheres, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais no campo político, económico, social, cultural, civil ou qualquer outro domínio "(19).

Direitos da Criança	<p>Porque a MGF é predominantemente realizada em raparigas com menos de 18 anos, a questão torna-se fundamentalmente a proteção dos direitos das crianças. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC) reconhece o papel dos pais e famílias na tomada de decisões em relação às crianças mas coloca a responsabilidade final para a proteção dos direitos das crianças nas mãos do governo (Artigo 5). O CRC também estabelece o padrão de " superior interesse da criança" no tratamento dos direitos das crianças (Artigo 3). A MGF é reconhecida como uma violação desse padrão de superior interesse e uma violação dos direitos das crianças. Além disso, o CRC obriga os governos a abolir "práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças" (artigo 24.º) (18).</p>
----------------------------	--

Nesta base, a OMS emitiu uma declaração de princípio orientadora contra a medicalização da MGF com o objetivo de parar esta prática. Uma medida fundamental para enfrentar esta situação é a criação de protocolos, manuais e diretrizes para orientar os profissionais de saúde no tratamento de questões relacionadas com a MGF, incluindo o que fazer quando confrontados com pedidos de pais ou familiares para realizar MGF em raparigas ou pedidos de mulheres para realizar reinfibulação após o parto. Devem ser fornecidos conhecimentos técnicos sobre como reconhecer e gerir as complicações da MGF, incluindo cuidados obstétricos adequados bem como aconselhar as mulheres acerca de questões relacionadas com a MGF, a fim de enfatizar o papel do prestador de cuidados de saúde enquanto cuidador em vez de um perseguidor (21). Por conseguinte, a formação adequada torna-se não só uma medida preventiva, mas também uma ferramenta urgentemente necessária para fazer face à realidade de milhões de mulheres que sofreram MGF e vivem com as suas consequências.

Durante o desenvolvimento dessas diretrizes, o *Guideline Development Group* (GDG) observou que uma questão cada vez mais relevante relacionada à MGF é a cirurgia estética genital feminina (FGCS). Embora existam paralelos entre ambos os procedimentos - MGF e FGCS (que incluem a redução labial ou aperto vaginal por causa de normas sociais, culturais e comunitárias que promovem uma estética especial da beleza feminina e corpos femininos apropriados) - existem diferenças evidentes. A MGF descrita pela classificação da OMS (1) e referida no presente documento é o resultado de um procedimento que é realizado em mulheres sem pleno consentimento informado e que podem enfrentar coação direta ou indireta profunda para participar nesses procedimentos, realizados sem qualquer benefício médico. As razões subjacentes para a realização de MGF no contexto discutido nestas diretrizes perpetuam profundas desigualdades entre os sexos e constituem violações de direitos humanos, como descrito acima e observado no relatório de 2009 da ONU à Assembleia Geral sobre a Criança Menina: A MGF não tem uma intenção primária de violência, mas é de facto de natureza violenta "(23).

Assim, embora fora do espectro imediato dessas diretrizes, o GDG diferenciou a MGF de FGCS. Caso a FGCS seja solicitada por uma mulher que seja totalmente autónoma e capaz de dar consentimento, esta deve receber um aconselhamento pré-operatório completo, incluindo uma discussão sobre mudanças fisiológicas ao longo da vida, bem como a possibilidade de consequências não intencionais da cirurgia estética na área genital. A ausência de evidências sobre os resultados e a falta de dados sobre o impacto de mudanças subsequentes, durante a

gravidez ou menopausa, também devem ser discutidas e consideradas como parte do processo de consentimento informado (24).

1.6 Objetivos das Orientações

1.6.1 Por que motivo foram desenvolvidas estas orientações

Na sequência da publicação da declaração interagências de 2008 sobre a eliminação da MGF co-assinada pela OMS e por nove agências parceiras das Nações Unidas (1), a resolução 67/146 da Assembleia Geral das Nações Unidas de Dezembro de 2012, *Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations*, os Estados-Membros são chamados a:

... proteger e apoiar as mulheres e raparigas que foram vítimas de mutilações genitais femininas e as que estão em risco, nomeadamente, através do desenvolvimento de serviços e cuidados sociais e psicológicos e de medidas destinadas a melhorar a sua saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva;

e para:

... desenvolver, apoiar e implementar estratégias globais e integradas para a prevenção de mutilações genitais femininas, incluindo a formação de assistentes sociais, pessoal médico, líderes comunitários e religiosos e profissionais relevantes, assegurando que prestem serviços competentes de apoio a mulheres e raparigas que se encontrem em risco de sofrerem mutilações genitais femininas e as encorajem a comunicarem às autoridades competentes os casos em que considerem que mulheres ou raparigas estão em risco (14).

Desde a divulgação da declaração interagência e da sua resolução, foram feitos esforços significativos para combater a MGF, através de: (i) investigação para gerar mais informação para guiar tanto as políticas como as intervenções ao nível saúde; (ii) trabalhar com as comunidades através de estratégias de prevenção; (iii) advocacy; e (iv) aprovação de leis. Este último envolve criar legislação contra a MGF e concentra-se principalmente em medidas punitivas contra profissionais e membros da comunidade que realizam a MGF, bem como contra os familiares que a apoiam. As leis contra a MGF existem em mais da metade dos países onde a MGF é uma prática tradicional, bem como em muitos dos países com comunidades de imigrantes oriundos de países onde a MGF é praticada.

2. Orientações

Durante a reunião de desenvolvimento das diretrizes em setembro de 2015, os participantes adotaram três declarações de princípios orientadores, cinco recomendações e oito declarações de boas práticas que abrangem intervenções em saúde para prevenção e tratamento de riscos à saúde da MGF.

2.1 Princípios orientadores

Décadas de trabalho de prevenção empreendido por comunidades locais, governos e organizações nacionais e internacionais contribuíram para uma redução da prevalência da MGF em algumas áreas (1). No entanto, a taxa global de declínio da prevalência de MGF tem sido lenta. Por conseguinte, todas as recomendações e declarações sobre as melhores práticas publicadas nas presentes orientações são formuladas pelos três princípios orientadores seguintes, que refletem a posição da OMS e de um grupo mais vasto de agências das Nações Unidas e do Grupo de Desenvolvimento de Orientações (GDG) para acabar com esta prática prejudicial.

I Raparigas e mulheres que vivem com MGF experienciaram uma prática prejudicial e devem receber cuidados de saúde de qualidade.

II Todas as partes interessadas - a nível comunitário, nacional, regional e internacional - devem iniciar ou prosseguir ações de prevenção primária de MGF.

III A medicalização da MGF (ou seja, a realização de MGF por parte dos prestadores de cuidados de saúde) nunca é aceitável porque viola a ética médica, uma vez que (i) a MGF é uma prática prejudicial; (ii) a medicalização perpetua a MGF; e (iii) os riscos do procedimento não compensam qualquer benefício percebido.

8 OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UN Women (formerly UNIFEM). Ver lista de acrónimos para listagem completa das agências.

2.2 Recomendações e boas práticas

As recomendações contidas nestas diretrizes foram emitidas após serem levadas em consideração as evidências existentes (quando disponíveis) e sua qualidade, além de uma série de outros fatores mencionados na seção 2: Métodos (ver Caixa 2.1). Em geral, a qualidade da informação é baixa em relação à maioria das recomendações e declarações de boas práticas, sendo que para uma série de áreas temáticas não existem sequer evidências disponíveis. Apesar da baixa qualidade ou inexistência de evidências, algumas intervenções foram endossadas e rotuladas como "declarações de boas práticas" se apoiadas pelo julgamento prático do GDG. Essas declarações também eram obrigadas a levar pouco ou nenhum risco de danos à saúde e ser apoiadas por padrões e princípios de direitos humanos internacionalmente reconhecidos.

A justificação para cada uma dessas decisões foi registrada, juntamente com questões-chave que precisam ser consideradas para a sua implementação. As correspondentes lacunas de pesquisa identificadas em cada área temática também foram incluídas. Quando as recomendações clínicas foram baseadas em evidências indiretas (isto é, evidência que não era diretamente da população de mulheres que vivem com MGF), estas foram rotuladas em conformidade.

2.2.1 Desinfibulação (recomendações 1-3 e boas práticas 1-2)

A desinfibulação é um procedimento cirúrgico simples realizado para reabrir o introito vaginal em mulheres que vivem com MGF tipo III. Para conseguir esse feito, um profissional de saúde com formação executa uma incisão no tecido cicatricial da linha média que cobre o introito vaginal até que o meato uretral externo e, eventualmente, o clitóris, sejam visíveis. As arestas de corte são então suturadas, o que permite que o introito permaneça aberto. Este procedimento é realizado para melhorar a saúde e o bem-estar, bem como para permitir a relação sexual e/ou para facilitar o parto.

Recomendação 1: Recomenda-se a desinfibulação para prevenir e tratar complicações obstétricas em mulheres com MGF tipo III

Força da recomendação: Forte (evidências de muito baixa qualidade)

A evidência foi extraída de uma revisão sistemática que investigou os efeitos da desinfibulação para prevenção e tratamento de complicações obstétricas em mulheres com MGF tipo III (27). A revisão incluiu quatro estudos de caso-controle: dois realizados no Reino Unido (28, 29) e dois na Arábia Saudita (30, 31).

Dois estudos compararam mulheres com MGF tipo III. Um grupo foi alvo de desinfibulação durante o trabalho de parto e o outro fez o parto sem desinfibulação (28, 29). Os estudos

encontraram melhores resultados obstétricos entre as mulheres que sofreram desinfibulação durante o trabalho de parto, em comparação com as mulheres que permaneceram infibuladas. A cesariana e as taxas de hemorragia pós-parto foram estatisticamente mais baixas em mulheres com desinfibulação (evidência de baixa qualidade).

Dois estudos compararam mulheres com MGF do tipo III que foram submetidas à desinfibulação durante o trabalho de parto para mulheres que nunca haviam sido submetidas à MGF (portanto, não infibuladas) (30, 31). Ambos os grupos apresentaram taxas semelhantes de episiotomia e duração do segundo estágio do parto. Rouzi et al. (2001) mostraram ainda, ao comparar mulheres com desinfibulação a mulheres que não haviam sido submetidas à MGF, que sua média de perda de sangue, duração da internação materna (em dias) e taxas de cesariana, lacerações vaginais e Apgar de recém-nascidos com resultados aos 1º e 5º minutos não foram estatisticamente diferentes (evidência de baixa qualidade).

Evidências adicionais de um estudo prospectivo colaborativo da OMS realizado em seis países africanos revelam um risco potencialmente causal de dose-resposta entre tipos cada vez mais extensos de MGF bem como situações obstétricas e neonatais adversas, com maior risco consequências adversas para a saúde reprodutiva de mulheres com MGF tipos II e III (9). A evidência sugere ainda que a MGF não afeta o desenvolvimento fetal (sem associação entre MGF e peso ao nascer), mas tem um impacto no parto, com taxas mais altas ao nível das mortes ao nascimento de bebês de mulheres com MGF (9).

RACIONAL

Considerando a relação potencial dose-resposta descrita entre os tipos de MGF e o risco de complicações obstétricas e com base nos benefícios clínicos descritos nas revisões de pesquisas realizadas, que além disso mostram que quando utilizadas mulheres que nunca foram infibuladas como grupo controle, que realizar desinfibulação durante o parto vaginal é uma opção de que não aumenta a probabilidade de complicações obstétricas, pelo que o GDG recomendou a reversão da MGF tipo III por meio da desinfibulação para prevenção e tratamento de complicações obstétricas.

Além disso, o GDG observou:

Com base na relação causal entre a MGF de tipo III (infibulação) e uma série de complicações de saúde identificadas pelo estudo prospectivo colaborativo da OMS realizado em seis países africanos (9), a desinfibulação pode ser considerada um procedimento cirúrgico que pode reabrir o introito estreitado, restaurando a anatomia da saída pélvica (na medida do possível). Isso pode contribuir para uma redução dos custos gerais de saúde incentivando uma tentativa de trabalho de parto (em vez de usar unicamente o histórico de MGF como indicação para cesariana) ou evitar lesões perineais graves devido a lacerações espontâneas ou episiotomia realizada no momento do parto. Tanto a cesariana como a reparação de lacerações de terceiro e quarto graus requerem níveis significativamente mais elevados de competência cirúrgica e podem ter resultados adversos de longo prazo resultando em custos mais elevados ao nível dos cuidados de saúde (por exemplo, cuidados e gestão da incontinência urinária devido à instabilidade do pavimento pélvico, condições que podem surgir como resultado de lacerações perineais).

Para além de ser clinicamente desnecessária, a MGF interfere com o tecido genital saudável e pode levar a graves consequências para a saúde física e mental da mulher. A sua prática tem sido, portanto, considerada pelos órgãos internacionais e regionais de direitos humanos como uma violação do direito de uma pessoa ao mais alto padrão possível de saúde. Quando realizada com o consentimento informado, restabelecer a anatomia e a fisiologia (na medida do possível) através da desinfibulação pode, portanto, ser visto como uma parte necessária do direito da mulher à saúde e garantir o acesso aos bens e serviços de saúde necessários para as mulheres desfrutarem plenamente deste direito.

NOTAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Prestadores de cuidados de saúde que realizam a desinfibulação devem ser adequadamente formados acerca de como realizar este procedimento cirúrgico. No entanto, a natureza relativamente simples deste procedimento cirúrgico permitiria a capacitação de profissionais de saúde de nível médio para a realização da desinfibulação, com a consequente redução dos recursos humanos e financeiros necessários.

A evidência qualitativa disponível mostra que a falta de conhecimento, entre os profissionais de saúde, em relação à desinfibulação não é apenas um dos importantes motivos pelos quais prestadores de cuidados de saúde evitam realizar desinfibulação, mesmo em contextos nos quais esta é solicitada, mas é também algo que afeta mulheres que descrevem a in experiência desses profissionais como uma fonte significativa de medo (32). Por conseguinte, o GDG observou que uma formação adequada de profissionais de saúde é um passo crucial e urgentemente necessário na implementação desta recomendação.

Recomendação 2: A desinfibulação pré-parto ou durante o parto é recomendada para facilitar o parto em mulheres vivendo com MGF tipo III e depende do contexto

Força da recomendação: Condicional (evidências de muito baixa qualidade)

Dado que as desinfibulações pré-parto ou durante o parto parecem ser comparáveis em termos de resultados obstétricos, a decisão sobre o momento do procedimento deve ser baseada nos seguintes fatores contextuais:

- Preferência da mulher
- Acesso a serviços de saúde
- Local do parto
- Nível de perícia do profissional de saúde

RESUMO DAS EVIDÊNCIAS VER ANEXO DA WEB: TABELA DE NOTAS

A evidência sobre o momento da desinfibulação para parto em mulheres com MGF do tipo III foi extraída de uma revisão sistemática que investigava os efeitos da desinfibulação pré-parto ou durante o parto nos resultados do parto (33). A revisão incluiu cinco estudos observacionais retrospectivos: dois realizados no Reino Unido (29, 35), dois na Arábia Saudita (30, 31) e um na Suécia (34). A análise foi limitada aos dois estudos caso-controle (29, 35) que compararam diretamente o momento da desinfibulação – pré-parto e intraparto. As conclusões mostram que a duração do trabalho de parto, as lacerações perineais, a hemorragia pós-parto e as taxas de episiotomia não diferiram significativamente com base no momento da desinfibulação (evidência de baixa qualidade).

RACIONAL

De acordo com as evidências disponíveis, os desfechos obstétricos parecem comparáveis, independentemente do momento da desinfibulação - pré parto ou intraparto - entre mulheres com MGF tipo III que são desinfibuladas e mulheres que se apresentam em trabalho sem infibulação (baixa certeza). Tendo em conta o que precede e devido à escassez de evidências diretas sobre a preferência das mulheres no que se refere ao momento da desinfibulação, os membros do GDG consideraram que a decisão devia basear-se nos seguintes fatores contextuais.

1. Preferência da mulher: as mulheres devem ser consultadas sobre a sua preferência. Por exemplo, se atribuir grande importância aos resultados estéticos pós-operatórios, deve-se preferir a desinfibulação pré-parto para permitir tempo de cicatrização adequado e resultados estéticos ideais.

2. Acesso aos serviços de saúde: nos locais em que as mulheres podem encontrar atrasos para chegar aos serviços de saúde devido, por exemplo, a difíceis acessos, deve-se optar por desinfibulação pré-parto.

3. Local do parto: uma vez que a desinfibulação deve ser realizada por um profissional de saúde qualificado, em contextos onde os partos domiciliares são comuns, a desinfibulação pré-parto deve ser priorizada. O mesmo se aplica aos locais em que a unidade de saúde está sobrecarregada com pacientes.

4. Nível de perícia do prestador de cuidados de saúde: as condições anatómicas como edema tecidual e distorção durante o trabalho de parto podem representar dificuldades para os profissionais de saúde menos experientes que executam uma desinfibulação intraparto. Neste caso, a desinfibulação pré-parto deve ser preferida.

Em ambientes com profissionais experientes e bem treinados, a desinfibulação intraparto é um procedimento aceitável.

NOTAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

A evidência qualitativa disponível sugere uma falta de clareza ao nível da responsabilidade por várias tarefas ao longo do continuum de cuidados prestados por profissionais que cuidam de mulheres com a MGF (32), o que pode representar uma barreira para identificar as mulheres que necessitam de desinfibulação para prevenir riscos obstétricos relacionados com a MGF. Neste sentido, o GDG enfatizou a importância de estabelecer uma via de referência clara, em particular para mulheres grávidas que vivem com MGF tipo III, e encorajou esforços para definir os papéis e responsabilidades do pessoal de saúde dentro do continuum de cuidados pré-natais até ao período pós-parto.

Recomendação 3: A desinfibulação é recomendada para a prevenção e tratamento de complicações urológicas - especificamente infeções urinárias recorrentes e retenção urinária - em raparigas e mulheres que vivem com FGM tipo III

O GDG não conseguiu chegar a um consenso quanto à força desta recomendação. Por conseguinte, foi submetido a votação: entre 12 dos 14 membros da GDG que eram elegíveis e optaram por votar sobre este tema, 11 votaram a favor de "forte", enquanto 1 votou "condicional".9

Força da recomendação: Forte (sem evidência direta)

RESUMO DAS EVIDÊNCIAS

Uma revisão sistemática, investigando os efeitos da desinfibulação na prevenção ou no tratamento de infeções do trato urinário (ITU) e retenção urinária entre as mulheres que sofreram tipo FGM III (infibulação) foi executada para ajudar a informar esta recomendação (36). Os autores não encontraram nenhum estudo que preenchesse os critérios de inclusão, pelo que evidências diretas sobre os efeitos da desinfibulação no restaurar da normal função urinária não está disponível atualmente.

RACIONAL

Evidências adicionais de uma revisão sistemática, que explorou os efeitos da MGF nos resultados de saúde física confirma que o fluxo urinário reduzido sob a cicatriz infibulação pode resultar em sintomas de obstrução urinária, que pode levar a infeções do trato urinário recorrentes devido a estase de urina, condições que comumente aparecem nesta população (6).

Com base em provas acima e na experiência clínica dos médicos dentro do GDG, o grupo ainda enfatizou que várias condições urológicas, normalmente tratadas com procedimentos médicos de baixa complexidade entre as mulheres com nenhuma mutilação genital feminina (ou seja, cateterismo para retenção urinária aguda ou antes da cesariana eletiva e/ou de emergência) não podem ser tratadas facilmente com esses mesmos procedimentos na presença de tipo III

FGM (infibulação). Isso pode transformar condições de saúde de baixa complexidade em situações graves, potencialmente fatais que poderiam ser evitadas se a desinfibulação fosse realizada em tempo útil. Assim, apesar da falta de evidência direta sobre os efeitos da desinfibulação para restaurar a função normal, o GDG baseou-se na opinião de especialistas e recomendou a desinfibulação para tratamento de condições urinárias entre raparigas e mulheres que vivem com tipo III de MGF. Com esta recomendação, o GDG pretende evitar resultados negativos graves na saúde devido a complicações relacionadas com condições urológicas, no contexto da infibulação.

O GDG endossou esta intervenção, baseado no facto que a MGF viola uma série de princípios bem estabelecidos nos direitos humanos, normas e padrões, incluindo os princípios de igualdade e não discriminação em razão do sexo, o direito à vida e à integridade física, o direito ao mais alto padrão atingível de saúde e o direito à liberdade face a tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante ou punição. Portanto, com base no argumento de direitos humanos dirigido na recomendação nº 1, o GDG também destaca que a restauração da anatomia e da fisiologia (na medida do possível) através de desinfibulação deve ser vista não apenas como um tratamento para complicações de saúde urológica, mas também como uma tentativa de restabelecer um direito violado, em particular o direito do mais alto padrão atingível de saúde.

NOTAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Profissionais de saúde que conduzem uma desinfibulação devem ser adequadamente formados sobre como efetuar este procedimento cirúrgico. A formação dos profissionais de saúde de nível médio para executar desinfibulação representa uma abordagem aceitável que pode reduzir os custos da intervenção e aumentar o acesso ao procedimento.

9 os membros do GDG que votaram por uma recomendação condicional fizeram-no devido à necessidade urgente de estudos robustos que examinem diretamente a desinfibulação para o tratamento de doenças urológicas nesta população.

Declaração de boas práticas 1: raparigas e mulheres candidatas a desinfibulação devem receber instrução pré-operatória adequada

Evidências sobre os valores e preferências das mulheres que foram submetidas a desinfibulação sugerem que algumas mulheres podem relatar desconforto inicial com a aparência pós-operatória dos lábios desinfibulados (32). Portanto, para além da obtenção de consentimento pré-operatório, aquando do aconselhamento de mulheres com historial de MGF, o pessoal de saúde deve sempre fornecer informação equilibrada e imparcial ao nível do aconselhamento sobre benefícios e riscos potenciais associados ao procedimento através de um briefing claro pré-operatório. No contexto da desinfibulação, este briefing deve incluir informações sobre as alterações anatómicas e fisiológicas que podem ser esperados após a desinfibulação (ou seja, micção mais rápida ou aumento de corrimento vaginal).

Declaração de boas práticas 2: às raparigas e mulheres em fase de desinfibulação devem ser oferecidas anestesia local

Como em qualquer outro procedimento cirúrgico, o GDG observou que, independentemente do tempo, a desinfibulação deve ser realizada sob anestesia local. No entanto, dado que a anestesia local pode não estar prontamente disponível em alguns serviços de saúde de baixos recursos, em situações em que desinfibulação pode ser crítica para a progressão do trabalho de parto ou no caso de risco de vida, a desinfibulação deve ser realizada independentemente da indisponibilidade de anestesia local. Por exemplo, isso pode ser feito para aliviar a obstrução na segunda fase do trabalho de parto na saída da cabeça do feto, fazendo algo semelhante ao realizar uma episiotomia.

Implicações da investigação

Reconhecendo a importância da desinfibulação na prevenção de complicações e melhorar as condições de parto para mulheres com tipo III de MGF, é necessária investigação sobre como melhorar a prática de desinfibulação entre os diferentes quadros de prestadores de cuidados de saúde numa variedade de situações clínicas e contextos culturais. Muitos deles não estão bem informados sobre como e quando desinfibular mulheres, e existem muitas lacunas nas evidências acerca de como melhorar a prática. Algumas das lacunas de pesquisa específica identificadas incluem o seguinte:

- Pesquisa para compreender os fatores que promovem ou agem como barreiras para desinfibulação é urgentemente necessária, em particular a respeito:
 - conhecimento e aceitação do procedimento desinfibulação da parte das mulheres
 - pontos de vista e conhecimento sobre o procedimento cirúrgico dos parceiros do sexo masculino
 - características e qualidade da desinfibulação existente e programas de formação para prestadores de cuidados de saúde.
- Pesquisa adicional é necessária quanto às consequências urológicas, não só para compreender o risco de complicações urológicas entre as mulheres com tipo III de MGF, mas também para entender os efeitos da desinfibulação nas condições urológicas, em particular, infeções recorrentes do trato urinário e retenção urinária. Estabelecendo-se que mulheres com tipo III MGF possuem um risco aumentado de complicações urológicas é possível fazer-se estudos retrospectivos o quais serão um passo importante para justificar a necessidade de desinfibulação e reduzir as complicações urológicas. Além disso, avaliar desfechos clínicos de longo prazo em mulheres que se submeteram à desinfibulação fornecerá evidências muito precisas sobre o papel da desinfibulação na melhoria da saúde e na redução de complicações urológicas de mulheres com tipo III MGF.
- Existe uma necessidade de pesquisas adicionais para determinar como melhor informar as mulheres sobre as opções de desinfibulação durante a gravidez ou o parto, algo que melhorará a compreensão da desinfibulação. Em particular, é necessária investigação para comparar resultados de desinfibulação não só entre os períodos pré e intraparto o parto, mas também em relação a diferentes fases do período pré-parto.

2.2.2 Saúde Mental (recomendação 4 e declarações de boas práticas)

Raparigas e mulheres que vivem com MGF são mais suscetíveis de terem um diagnóstico psiquiátrico comparativamente a mulheres em MGF. Isto foi detalhado em diversos estudos que documentaram depressão e distúrbios de ansiedade incluindo *stress* pós-traumático (DSPT) nesta população, decorrente de MGF. Estes dados sugerem que a MGF e os seus riscos psicológicos está associados podem levar a uma variedade de resultados psiquiátricos negativos como os mencionados acima.

Recomendação 4: A terapia cognitivo-comportamental (TCC) deve ser considerada para raparigas e mulheres que vivem com MGF e que manifestam sintomas consistentes ao nível de transtornos de ansiedade, depressão ou transtorno de *stress* pós-traumático (DSPT)

Força de recomendação: condicional (nenhuma evidência direta) CBT pode ser considerado desde que:

- se estabeleça um diagnóstico psiquiátrico de transtorno de ansiedade, depressão ou PTSD,
- e
- seja oferecido em contextos em que os profissionais são (ou seja, formados e supervisionados) para fornecer as terapias.

Em configurações de recursos limitados, a gestão do *stress* pode ser a opção mais viável de tratamento.

RESUMO DAS EVIDÊNCIAS

Realizou-se uma revisão sistemática, investigando os efeitos da TCC para DSPT, depressão ou transtornos de ansiedade em raparigas e mulheres que vivem com a mutilação genital feminina para ajudar a informar esta recomendação. Os autores não encontraram nenhum estudo que preenchesse os critérios de inclusão e, portanto, evidências diretas não poderiam ser usadas para esta recomendação.

RACIONAL

A TCC representa um tratamento baseado em evidências que pode efetivamente reduzir ou resolver os sintomas de DSPT, depressão e ansiedade, transtornos associados a outras condições, incluindo pessoas que são sobreviventes de tortura e guerra e vítimas de violência sexual. Testemunhos existentes acerca dos efeitos benéficos do tratamento psicológico com TCC para estes distúrbios com outras populações, levou o GDG a concordar que seria razoável supor que esta intervenção pode também beneficiar as raparigas e mulheres que vivem com MGF. Como a evidência indireta refere-se apenas a essas três condições psiquiátricas, o GDG sentiu que uma recomendação condicional seria justificada e realçaram que deve aplicar-se exclusivamente a raparigas e mulheres que vivem com a mutilação genital feminina e possuem um diagnóstico psiquiátrico confirmado passando o caso a ser entregue a profissionais formados adequadamente.

Do ponto de vista dos direitos humanos, o direito ao mais alto padrão atingível de saúde, tal como reconhecido sob normas internacionais e regionais, inclui o direito a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O direito tem sido interpretado para incluir:

A criação das condições que garantiriam a todos, os serviços médicos e atenção médica em caso de doença, tanto física como mental, incluindo a oferta de acesso igual serviços de saúde básicos preventivos, curativos de reabilitação,... o que também inclui o tratamento e cuidados de saúde mental adequados (47).

Raparigas e mulheres que vivem com MGF são mais propensas a ter um diagnóstico psiquiátrico do que as mulheres sem mutilação genital feminina (11). Isto é ainda melhor detalhado em vários estudos que documentam transtornos de depressão e ansiedade, incluindo transtorno de *stress* pós-traumático (DSPT) nesta população como consequência do procedimento de MGF (12, 37-41). Estes dados sugerem que a mutilação genital feminina e os seus riscos de saúde associados são elementos que causam *stress* psicológico que podem levar a uma variedade de resultados psiquiátricos negativos, incluindo as referidas condições.

NOTAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Sobre a viabilidade desta intervenção e em especial a escassez de pessoal de saúde treinado adequadamente para praticar TCC em países com salários médios e baixos, o GDG recomenda a consulta do *Assessment and management of conditions specifically related to stress: mhGAP intervention guide module*, que contém uma série de intervenções para pessoas com sintomas de DSPT, e que podem ser utilizados em segurança por profissionais de saúde, incluindo técnicas de gestão de *stress*, psicoeducação e outras alternativas (por exemplo, exercícios de relaxamento muscular progressivo e de respiração).

Além disso, o GDG vem discutindo evidências de estudos complementares que oferecem suporte ao uso de TCC Online (programas de autoajuda psicológica mediados pela Internet) como um tratamento eficaz para os indivíduos com um diagnóstico confirmado de DSPT primário (48). Devido ao facto de programas baseados na internet podem ser acedidos anonimamente e em qualquer lugar desde que exista um computador disponível, estes serviços têm o potencial de superar o estigma, bem como as barreiras geográficas e financeiras no acesso ao tratamento em saúde mental (49), tornando-os uma opção terapêutica plausível para essa população.

Declaração de boa prática 3: o apoio psicológico deve estar disponível para raparigas e mulheres que receberão ou receberam qualquer intervenção cirúrgica para complicações de saúde decorrentes de MGF

Elementos qualitativos disponíveis em relação aos valores e preferências de raparigas e mulheres que vivem com consequências de MGF em dois estudos conduzidos na Gâmbia e entre as populações migrantes na Noruega e na Holanda mostram que as mulheres podem experimentar vários resultados psicológicos secundários negativos devido a MGF, incluindo ansiedade, medo, sentimento de traição, dor e raiva. Isto é apoiado adicionalmente por evidências de uma meta-análise que mostra que as mulheres que vivem com MGF têm um risco maior de ter um diagnóstico psiquiátrico quando comparado com mulheres com nenhuma mutilação genital feminina. Isto explica por que motivos as intervenções de apoio psicológico podem ser necessárias especialmente para esta população, nomeadamente no âmbito de eventos stressantes da vida os quais podem reportar a mulher para o trauma inicial causado pelo procedimento de MGF, tais como procedimentos cirúrgicos para corrigir as complicações relacionadas à MGF.

Não existe nenhuma evidência direta sobre o efeito das intervenções psicológicas ao nível dos resultados pós-operatórios das raparigas/mulheres submetidos a um procedimento para reverter as complicações de saúde associadas à MGF. Por esse motivo o GDG considerou evidências indiretas ao nível dos efeitos das intervenções psicológicas na recuperação de cirurgias de outras populações, incluindo cirurgia abdominal e a hérnia (51-52). O GDG observou os benefícios do apoio psicológico em termos da dor pós-operatória, recuperação e bem-estar psicológico, quando oferecido como um complemento para procedimentos cirúrgicos.

Apoiada por provas indiretas e pelo facto do apoio psicológico incluir atividades que vão desde programas especiais até simples e baratas mudanças de – ou adições ao – procedimentos médicos necessários, incluindo a prestação de informações processuais ou apoio emocional, o GDG considerou que a intervenção deve estar disponível para mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos para corrigir complicações de MGF.

De uma perspetiva de direitos humanos, o GDG enfatizou fortemente que o direito ao mais alto padrão atingível de saúde inclui o direito a um estado de completa saúde física e mental, juntamente com o bem-estar social (47) . Esta recomendação, portanto, estaria em conformidade com a realização do direito à saúde de raparigas e mulheres que vivem com MGF.

NOTAS POLITICAS E PROGRAMÁTICAS

Em matéria dos recursos humanos necessários para fornecer o apoio psicológico no contexto de procedimentos cirúrgicos para corrigir complicações de saúde de MGF, o GDG reconheceu que entregar as intervenções de saúde mental pode confiar pesadamente no pessoal de saúde, em detrimento da tecnologia ou equipamento e que a maioria dos países com salários médios ou baixos não possui recursos humanos suficientes e formados devidamente. A este respeito e com base na orientação do Mental Health Gap Programme (mhGAP) (53), o GDG sugeriu que algumas das intervenções prioritárias podem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde comunitários, após formação específica e com a necessária supervisão.

Implicações da pesquisa

O aumento do risco de efeitos adversos para a saúde mental de MGF sugere que mulheres com MGF necessitam de apoio psicológico adicional em geral e quando procuram intervenção cirúrgica relacionada com complicações de MGF. No entanto, há uma necessidade de

investigação epidemiológica adicional que demonstre a influência específica da MGF nos efeitos da saúde mental. Além disso, há uma necessidade de provas sobre que tipo de intervenção psicológica seria adequado para raparigas e mulheres que vivem com a MGF.

Desenvolvimento e teste ao nível do conteúdo do apoio psicológico e educação para a saúde, bem como os modos atuação de tais intervenções são passos importantes no desenvolvimento de uma prática baseada em evidências. Se o apoio psicológico é prestado por leigos, psicólogos ou outros prestadores de cuidados o conteúdo e a forma variam. Alguns resultados podem ser avaliados através de pesquisa de intervenções usando projetos experimentais ou quase-experimentais, incluindo da redução de angústia emocional e melhoria de mecanismos *coping*, na melhor compreensão da anatomia e riscos associados à mutilação genital feminina para a saúde, bem como compreender os riscos e benefícios de um procedimento cirúrgico para tratar as complicações de saúde da MGF. Em particular, mais pesquisa é necessária para examinar a eficácia da TCC no tratamento de sintomas de DSPT e depressão entre raparigas e mulheres que vivem com a MGF. Os resultados específicos que podem ser medidos incluem a reduzida sintomatologia de DSPT, melhor funcionamento, redução de sofrimento emocional e depressão.

Além disso, mais provas são necessárias acerca dos modos de intervenção ao nível da TCC (ou seja, se através de profissionais de saúde com formação ou se através de profissionais de saúde comunitários ou ainda se por meio de programas de autoajuda através da Internet) a fim de determinar a eficácia e a aceitabilidade dos métodos de intervenção diferentes.

2.2.3 Saúde sexual feminina (recomendação 5)

Atingir o mais alto padrão de saúde possível compreende também o direito à saúde sexual. A saúde sexual é genericamente entendida como um estado físico, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade e engloba não apenas a determinados aspectos da saúde reprodutiva – tais como ser capaz de controlar a fertilidade através do acesso a contraceção e aborto e estar livre de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), disfunção sexual e sequelas relacionadas com a violência sexual ou MGF – mas também a possibilidade de ter prazer, experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência (54).

Recomendação 5: é recomendado aconselhamento sexual para prevenir ou tratar disfunção sexual feminina em mulheres com mutilação genital feminina

Força de recomendação: condicional (nenhuma evidência direta). É condicional, porque não existem evidências diretas em relação ao uso de aconselhamento sexual, especificamente entre as mulheres que vivem com a MGF, prevendo-se que este tópico seja altamente sensível.

RESUMO DAS PROVAS

Realizou-se uma revisão sistemática, investigando os efeitos do aconselhamento sexual no tratamento ou prevenção da disfunção sexual em mulheres com mutilação genital feminina no sentido de permitir fundamentar esta recomendação. Os autores não encontraram nenhum estudo que preenchesse os critérios de inclusão e portanto não puderam ser usadas evidências diretas.

RACIONAL

As evidências atuais oriundas desta revisão sistemática e que se debruçou para os efeitos da MGF no funcionamento sexual das mulheres comprovam a proposição de que uma mulher cujos tecidos genitais foram parcialmente removidos é mais provável de experimentar dor e redução na satisfação sexual e desejo (56). A este respeito, o GDG sublinhou que cirurgia por si só – em particular a de reconstrução do clitóris – não trata todos os aspetos da disfunção

sexual que podem ocorrer em mulheres que vivem com MGF (57) pelo que outras intervenções médicas, tais como o uso de lubrificantes genitais, não têm sido muito estudadas. Além disso, estudos mostram que o uso de géis pode não ser aceitável entre as mulheres e seus parceiros, dependendo do grau de influência que os homens exercem na determinação de se e como estes produtos são utilizados nas práticas sexuais (58). Tendo em conta o acima exposto e no reconhecimento de que a sexualidade feminina é multifatorial e depende, entre outras coisas, da interação de fatores anatómicos, cognitivos e relacionais, o GDG observou que a oferta de alternativas de tratamento para disfunção sexual – aconselhamento sexual, neste caso – deve ser visto como uma prioridade para esta população.

Com base na experiência clínica e evidência indireta que oferece suporte a orientação sexual como tratamento eficaz para a disfunção sexual noutras populações, incluindo pacientes com cancro de mama e doenças cardiovasculares, o GDG considerou que a intervenção ser benéfica, desde que adequadamente adaptado a diferentes países e contextos culturais. O GDG concordou que, a fim de evitar efeitos adversos não intencionais, como violência da parte do parceiro ou estigma social, características como a idade, estado civil e potencial inclusão do parceiro masculino no processo, devem ser levadas em consideração aquando da oferta de aconselhamento sexual para mulheres com MGF.

Além disso, de acordo com a recomendação geral nº. 24, no artigo 12 da *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW), as partes devem garantir, sem preconceito ou discriminação, o direito à informação sobre saúde sexual, educação e serviços para todas raparigas e mulheres. A este respeito, oferecer aconselhamento sexual ajuda a promover o cumprimento do direito a uma vida sexual saudável de raparigas e mulheres com MGF.

Implicações da pesquisa

O estabelecer se a MGF aumenta os riscos de dor ou outras formas de disfunção sexual durante a relação sexual é um passo importante no desenvolvimento de intervenções. Além disso, é necessária mais investigação para perceber a eficácia das intervenções de aconselhamento sexual no tratamento da disfunção sexual entre mulheres que vivem com MGF. São necessários estudos sobre a eficácia das opções de tratamento cirúrgico e não-cirúrgico disponíveis para raparigas e mulheres com dores agudas e crónicas do clitóris e vulva. Além disso, há uma necessidade de pesquisa para avaliar a eficácia da terapia sexual independente de e em conjunto com a reconstrução do clitóris na melhoria da saúde sexual entre mulheres com MGF.

2.2.4 Informação e Educação

Declaração de Boa Prática 4: Informação, Educação e Comunicação (IEC) - intervenções ao nível da mutilação genital feminina e saúde da mulher devem ser fornecidas para raparigas e mulheres que vivem com algum tipo de mutilação genital feminina

A OMS define as intervenções IEC como "uma abordagem de saúde pública, com o objetivo de mudar ou reforçar a saúde relacionada com comportamentos de um determinado público-alvo, acerca de um problema específico e dentro de um período pré-definido de tempo, através de princípios e métodos de comunicação".

A este respeito, uma recente revisão sistemática que incluiu cinco estudos realizados em países africanos (66) investigaram os efeitos da prestação de informação e intervenções de educação sobre MGF e tópicos relacionados com a saúde, em raparigas e mulheres que vivem com algum tipo de mutilação genital feminina.

A análise concluiu que as intervenções IEC parecem ter efeitos positivos em raparigas e mulheres com mutilação genital feminina bem como outros membros da comunidade, reduzindo:

- a disponibilidade das mulheres desejarem MGF para as suas filhas;
- a timidez entre mulheres na discussão acerca da MGF; e
- novos casos de mutilação genital feminina entre meninas com idades entre 5 a 10 anos, dois anos após mulheres e homens terem assistido às sessões de educação.

Esta revisão sistemática identificou uma série de intervenções IEC que foram realizados dentro das comunidades com alta prevalência da MGF tais como:

- módulos educacionais participativos em saúde da mulher, higiene básica, resolução de problemas e direitos humanos;
- intervenção de advocacy contra a mutilação genital feminina;
- campanhas em meios de comunicação social para estimular e divulgar o diálogo em torno da MGF e seus efeitos nocivos associados; e
- iniciativas de base comunitária para mobilização de grupos para criação de declarações públicas contra a mutilação genital feminina.

Observou-se, no entanto, que programas que capacitam mulheres, particularmente adolescentes e mulheres jovens, incentivando-as a aprender sobre seus corpos e exercerem os seus direitos, são ainda extremamente raros. De acordo com estimativas das NU, a grande maioria das jovens não tem acesso à informação e educação sobre seus corpos nem sobre as consequências negativas associadas com MGF.

Portanto, estas evidências e factos de que o fornecimento de educação e informação a raparigas e mulheres está em consonância com os direitos humanos, normas e padrões e constitui uma medida importante para a redução das desigualdades, pelo GDG concordou que este tipo de intervenção educativa deve ser incentivado e desenvolvido nos países onde a MGF é praticada ou está presente. O GDG observou que, embora as intervenções específicas de IEC não possam ser recomendadas neste momento, devido à escassez de provas, isto deve constituir uma importante prioridade de pesquisa. No entanto, o GDG enfatizou que a importância de garantir o conteúdo adequado das intervenções IEC para evitar efeitos adversos, não intencionais, como recriar o trauma, particularmente entre raparigas e mulheres diagnosticadas com *stress* pós traumático. As intervenções educacionais devem ser:

- comprovadas por evidências e cientificamente precisas
- não prejudiciais
- que não produzam julgamentos
- sensíveis e respeitosas
- não-estereotipadas
- baseadas no desenvolvimento das capacidades de adolescentes (quando dadas a este grupo etário).

NOTAS POLÍTICAS E PROGRAMÁTICAS

O GDG observou que programas IEC bem concebidos e eficazes exigem um intensivo uso de recursos, sobretudo recursos humanos necessários para implementá-las bem como tempo para que mudanças efetivas ao nível do conhecimento possa acontecer. Embora estes custos associados variem dependendo da natureza da intervenção, devem ser procuradas formas de redução de despesas durante a conceção dos programas. Isto pode incluir a adaptação de programas existentes para estes contextos e a utilização de estratégias inovadoras, incluindo estratégias de saúde digital, por exemplo.

Declaração de Boa Prática 5: informações sobre desinfibulação e educação para a saúde devem ser fornecidas a raparigas e mulheres com tipo III de MGF

A educação para a saúde passa pela prestação de informações precisas e confiáveis para que uma pessoa pode tornar-se melhor informada acerca de qualquer assunto o que a possibilita tomar uma decisão informada (74). No caso da desinfibulação para raparigas e mulheres que vivem com tipo III de MGF, a educação para a saúde visa fornecer informações científicas, não coercivas que as ajudem a entender o procedimento cirúrgico, seus benefícios e também seus potenciais riscos associados. Educação para a saúde na desinfibulação deve conter o seguinte:

- uma descrição do procedimento cirúrgico;
- benefícios para saúde da desinfibulação;
- potenciais resultados adversos da cirurgia, imediatos e de longo prazo;
- alterações anatómicas e fisiológicas que podem experimentar após o procedimento;
- informações sobre os cuidados pós-operatórios adequados; e
- informações sobre as consequências para a saúde de uma reinfibulação bem como os benefícios de não ser reinfibulada.

O GDG enfatiza que fornecer educação em saúde e informações sobre desinfibulação para mulheres que vivem com MGF pode servir a dois propósitos. Em primeiro lugar garantir o princípio da autonomia à pessoa, expresso através de livre, completa e bem documentada tomada de decisão, que é um tema central na ética médica e se consubstancia na lei dos direitos humanos. Respeitar a autonomia da tomada de decisão requer que qualquer aconselhamento ou informação fornecidas por profissionais de saúde ou outro pessoal de apoio, permite que as mulheres possam tomar melhores decisões para si.

Em segundo lugar, informando raparigas e mulheres acerca dos efeitos para a saúde da desinfibulação e, também, as implicações da reinfibulação pode contribuir para reduzir as solicitações para reinfibulação, um procedimento que vem sendo cada vez mais banido em vários países. Isto foi suportado por evidências disponíveis, extraídas de uma revisão sistemática acerca do impacto do aconselhamento antes desinfibulação na satisfação das pacientes e na taxa de pedidos de reinfibulação em mulheres com tipo III de MGF. O único estudo que preencheu os critérios de inclusão foi um resumo acerca de estudo de caso-controle. Este estudo relatou taxas reduzidas de pedidos de reinfibulação depois do parto em mulheres com MGF tipo III, após receberem aconselhamento pré-natal antes da desinfibulação, embora estes resultados não atingissem significância estatística (provas de muito baixa qualidade).

NOTAS POLÍTICAS E PROGRAMÁTICAS

Elementos qualitativos disponíveis indicam que o fato de que as mulheres poderá atrasar a busca de cuidados e podem ter vergonha de discutir publicamente os problemas relacionados com a MGF representa uma barreira potencialmente importante para a intervenção. Consequentemente, o GDG enfatizou a importância de desenvolver estratégias para chegar a esta população, além para a conceção de programas de educação de saúde que são facilmente acessíveis e proporcionar um ambiente acolhedor.

Declaração de Boa Prática 6: prestadores de cuidados de saúde têm a responsabilidade de transmitir informações precisas e claras, usando linguagem e métodos que podem ser facilmente compreendidos pelas pessoas

As pessoas têm o direito de ser plenamente informadas por profissionais devidamente formados. Isto significa que prestadores de cuidados de saúde têm a responsabilidade de transmitir informações precisas e claras, usando linguagem e métodos que podem ser

facilmente compreendidos pelas pessoas (por exemplo, através do apoio de um intérprete, se necessário) conjuntamente com aconselhamento adequado, não coercivo, que facilite e complete a livre e tomada de decisão informada.

Declaração de Boa Prática 7: devem ser fornecidas informações sobre diferentes tipos de mutilação genital feminina e respetivos riscos de saúde, imediatos e de longo prazo

Promover apoio para raparigas e mulheres com MGF requer profissionais de saúde bem informados e adequadamente formados para identificar, tratar ou referenciar pacientes que apresentem uma gama de complicações de saúde decorrentes dos diferentes tipos de mutilação genital feminina. Embora evidente, este requisito fica, em muitos casos, por cumprir, tal como é expresso nos elementos qualitativos disponíveis e debatido pelo GDG.

Um estudo de evidências de Conhecimento, Atitudes ou Prática (KAP) sobre MGF realizado com parteiras Flamengas bem como uma revisão sistemática acerca do contexto e condições em torno de intervenções de saúde em MGF destacou o sofrimento emocional vivido por profissionais de saúde que cuidam de mulheres com esta condição, principalmente devido à falta de formação e competências para prestação de cuidados a essas mulheres. Esses prestadores de cuidados também indicam um sentimento de baixa competência aquando do debate acerca de MGF com mulheres e afirmam abertamente a necessidade de obtenção de mais informações sobre o assunto. Consequentemente, estas mulheres relatam experiências de comunicações pobres com profissionais de saúde, o que exacerba os seus próprios sentimentos de timidez, aquando do debate sobre MGF. Estes estudos indicam, portanto, que ambas as partes, profissionais e mulheres, precisam de intervenções informativas e que o conhecimento pode oferecer benefícios mútuos

Além disso, o GDG debateu uma evidência disponível, extraída de uma revisão sistemática, acerca dos efeitos da prestação de informação sobre as consequências da MGF a profissionais de saúde cuidando de raparigas e mulheres que vivem com a mutilação genital feminina. O único estudo que poderia ser incluído foi um, realizado no Mali, que relatou uma melhoria, estatisticamente significativa, da capacidade desses profissionais para nomear qualquer tipo de mutilação genital feminina depois de assistirem a sessões de formação pois envolveu formação ao nível da anatomia feminina, MGF e sua prevalência no Mali e noutras regiões. Observou-se uma tendência positiva no que diz respeito aos efeitos da formação sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos riscos imediatos e a longo prazo da MGF, embora estes resultados não tenham atingido significância estatística (provas de muito baixa qualidade).

O GDG concluiu que melhorar as competências de profissionais de saúde para corretamente identificarem e registarem os diferentes tipos de mutilação genital feminina, para além de reconhecerem adequadamente as complicações de saúde associadas, constitui um passo fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, com a vantagem adicional de reforço da capacidade de monitorização de MGF.

NOTAS POLÍTICAS E PROGRAMÁTICAS

O GDG sublinhou que curso e programas de capacitação regulares, sobre MGF devem ser vistos como uma prioridade para profissionais de saúde, tanto em países com alta prevalência MGF bem como em países que são recetores de comunidades afetadas pela MGF na diáspora. Infelizmente, e apesar de alguns exemplos de incentivos em alguns países africanos, a MGF é raramente coberta em detalhe nos currículos de formação de enfermeiras, parteiras, médicos ou outros profissionais de saúde. O GDG sugeriu que esta declaração de boas práticas possa servir como uma pedra angular para o desenvolvimento dos currículos da formação académica e profissional como um esforço para preencher as lacunas ao nível da educação profissional.

Finalmente, a fim de reduzir os possíveis custos associados com a intervenção, referida na declaração de boas práticas nº 4, o GDG incentiva a adaptação de programas existentes para contextos locais e a utilização de mecanismos inovadores, incluindo estratégias de saúde digital, por exemplo.

Declaração Boa Prática 8: informações sobre MGF entregues a profissionais de saúde devem transmitir claramente a mensagem de que a medicalização é inaceitável

O GDG expressou preocupação sobre a crescente medicalização da MGF podendo este aspeto ser um efeito potencial não intencional do fornecimento de informações sobre MGF a profissionais de saúde. Para evitar isso, todas as informações fornecidas devem:

- abordar especificamente a medicalização e os seus riscos;
- possuir conteúdo cientificamente preciso e baseado em evidências;
- abranger também pessoal não-médico, que, em determinadas situações, executa algumas tarefas de cuidados de saúde; e
- estar disponível nas línguas locais (ou seja, com traduções adequadas) para assegurar a compreensão.

Implicações da pesquisa

Existe uma necessidade de avaliação das intervenções de educação e formação destinada a pacientes e profissionais mais rigorosa.

Por exemplo, embora existam várias evidências promissoras de intervenções comunitárias destinadas a melhorar o conhecimento, alterando normas e reduzindo a incidência de mutilação genital feminina, a falta de avaliações rigorosas ao nível da aceitabilidade, eficácia e sustentabilidade destas intervenções resulta numa lacuna de conhecimento. Evidências são necessárias para determinar se um determinado programa ou abordagem alcançou os resultados pretendidos antes de ser recomendado ou ampliado. A incorporação de uma vertente de avaliação nos programas existentes ou nas intervenções de base comunitária, através de metodologias de pesquisa experimental ou quase experimental é um passo importante para a futura conceção de programas IEC baseados em evidências no sentido de reduzir a MGF em comunidades com alta prevalência do fenómeno.

Além disso, a formação e educação destinadas a profissionais deve avaliar como melhorar o seu conhecimento sobre tipos de mutilação genital feminina e consequências para a saúde, suas atitudes em relação a MGF e forma de interagir com as mulheres.

Mais, são necessárias avaliações mais rigorosas sobre como as intervenções pela educação destinadas a profissionais de saúde têm impacto nas experiências de interação das pacientes com esses mesmos profissionais. Isso pode ser feito através da avaliação de satisfação da paciente durante uma consulta ou através de metodologias de pesquisa mais experimentais, nas quais os resultados de satisfação são comparados entre aquelas pessoas tratadas por profissionais que receberam formação especializada e aquelas que não.

A educação em saúde em torno da intervenção cirúrgica é uma componente necessária nos cuidados informados, mas provas sobre os resultados dessas sessões de educação para a saúde são cruciais para melhorar o conteúdo e forma de transmissão destas intervenções de junto das pacientes. Em particular, dois resultados principais foram identificados como prioridades de investigação pelo GDG – a satisfação das pacientes e a taxa de pedidos de reinfibulação.

Medidas adicionais a ser exploradas incluem o impacto de intervenções de educação para a saúde sobre o conhecimento das mulheres sobre anatomia, saúde, efeitos da MGF e benefícios para a saúde da desinfibulação. Há também uma necessidade de evidências sobre a forma como o envolvimento dos parceiros masculinos no processo de educação para a saúde pode afetar a satisfação das mulheres com os serviços e sua taxa de pedidos de reinfibulação.

2.3 Intervenções para as quais não foram emitidas recomendações

Além dos tópicos cobertos pelas declarações de boas práticas incluídas nas presentes diretrizes e recomendações, o GDG discutiu os resultados das duas revisões sistemáticas adicionais durante a reunião de desenvolvimento das orientações. Estas revisões investigaram os efeitos das intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas no tratamento da dor vulvar (vulvodínia) e da dor do clitóris, e da segurança e eficácia da reconstrução do clitóris nas raparigas e mulheres jovens com MGF.

Devido à falta de provas (no caso de intervenções para o tratamento de vulvodínia e dor do clitóris) e preocupações acerca da segurança (no caso de reconstrução do clitóris), o GDG decidiu não emitir qualquer recomendação sobre estas intervenções no presente encorajando fortemente mais investigação nestas áreas. No entanto, em reconhecimento da importância clínica do vulvodínia e dor do clitóris e do crescente interesse e propaganda para reconstrução do clitóris como uma estratégia para restaurar o prazer sexual e a identidade feminina, o GDG considerou relevante incluir uma breve discussão sobre os dois temas dentro destas diretrizes, conforme previsto nesta seção.

2.3.1 Quais são as alternativas de tratamento para vulvodínia e dor do clitóris nas raparigas e mulheres com qualquer tipo de mutilação genital feminina?

Uma revisão sistemática, investigando os efeitos das intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas no tratamento vulvodínia e da dor do clitóris nas raparigas e mulheres que vivem com MGF foi apresentada para contribuir para esta discussão. Os autores não encontraram qualquer estudo que encerre evidência direta e, portanto, critérios de inclusão não estão disponíveis.

Dada a atual falta de evidências diretas neste tópico, o GDG concordou que vulvodínia e dor do clitóris devem ser atenuados com base nas preferências das pacientes e julgamentos clínicos. Algumas alternativas de tratamento disponíveis incluem:

- uso de lubrificantes solúveis em água durante a relação sexual
- alívio da pressão sobre a área vulvar (ou seja, evitar atividades como andar de bicicleta)
- anestésicos locais (ou seja, gel de lidocaína).

Além disso, o GDG enfatizou potenciais eventos adversos associados a intervenções cirúrgicas (ou seja, dor e cicatrizes adicionais e sangramento) e afirmou que, a menos que se verifique uma causa clara direta para a dor (por exemplo, tecido cicatricial, neuroma do clitóris, abscesso, quisto), quaisquer procedimentos cirúrgicos devem ser evitados.

No caso de mulheres assintomáticas com MGF e que solicitem a cirurgia, o GDG expressou fortes reservas sobre a realização de qualquer tipo de intervenção cirúrgica e concordou que em situações em que as intervenções são executadas com base no julgamento clínico, a gestão desses casos deve sempre começar com o procedimento menos invasivo possível.

3.3.2-Qual é o papel da reconstrução do clitóris?

O GDG discutiu acerca das evidências disponíveis após uma revisão sistemática, a qual analisou a segurança e a eficácia da reconstrução do clitóris em mulheres que tinham sofrido mutilação genital feminina .

As evidências para todos os resultados medidos foi avaliada como sendo de qualidade muito baixa; todos os estudos apresentaram sério risco de viés devido à seleção de participantes, perdas ao nível do seguimento e uso de escalas não validadas no processo de avaliação da função do clitóris.

Um estudo de caso-controle realizado no Egito relatou melhoria da função sexual seis meses após a cirurgia e três estudos adicionais realizados em França e Burkina Faso descreveram uma ligeira ou profunda melhoria no prazer ao nível do clitóris. Nenhum dos resultados descritos utilizou escalas validadas para sua análise. Um outro estudo mostrou pelo menos ligeira melhoria nos sintomas de dor vulvar crónica e dispareunia entre as mulheres após ano em *follow-up*.

Três estudos mostraram índices de complicações relatadas com taxas de incidência que oscilavam entre 5.3% e 23,6 %. Estas complicações incluem taxas de readmissão no pós-operatório até 5.3% e reoperação em 3,7 % e 4,2 % das situações. Um estudo relatou reduzida resposta do clitóris em 12 de 53 mulheres que tinha experimentado orgasmos regulares no pré-operatório.

A evidência disponível mostra que cirurgia reconstrutiva do clitóris pode melhorar a dor crónica do clitóris, bem como sintomas de dispareunia entre mulheres que tiveram o tecido do clítoris danificado devido a mutilação genital feminina. Enquanto estes resultados podem parecer promissores, o GDG expressou apreensão considerável sobre as limitações metodológicas dos estudos incluídos, em particular o desconhecimento ou perda de grande de informações ao nível do acompanhamento das mulheres no pós-operatório, bem como o uso de escalas não validadas para medir a função do clitóris e taxas inaceitavelmente elevadas de complicações relatadas. O GDG afirmou, também, preocupação quanto à possibilidade de causar mais danos às estruturas vizinhas como a uretra e o feixe vasculonervoso do clitóris, com conseqüente deterioração da função do clitóris, como relatado em dois dos estudos incluídos. O GDG advertiu ainda levar a cabo a reconstrução do clitóris na ausência de provas conclusivas de benefício poderia levar a expectativas da parte das mulheres com MGF que, nos últimos anos, mostraram interesse no procedimento como meio potencial de melhorar o seu bem-estar sexual, as quais podem não ser satisfeitas. Foi observado também que uma recomendação a favor deste procedimento poderia não ser implementada equitativamente dado que o procedimento ainda não está disponível na maioria dos países com elevada prevalência de MGF.