USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PEPFAR
U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

INTEGRAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE GÉNERO DO PEPFAR EM PROGRAMAS SOBRE VIH PARA AS POPULAÇÕES DE MAIOR RISCO

AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES

SETEMBRO DE 2011

Esta publicação foi preparada por AIDS Support and Technical Assistance Resources (pelo *Projecto de Apoio e Recursos de Assistência Técnica em* SIDA , AIDSTAR-One), Sector I, Pedido de Tarefa 1, sob o Contrato USAID GHH-I-00-07-00059-00, financiado em 31 de janeiro de 2008

INTEGRAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE GÉNERO DO PEPFAR EM PROGRAMAS SOBRE VIH PARA AS POPULAÇÕES DE MAIOR RISCO

Os pontos de vista dos autores expressos na presente publicação não reflectem necessariamente os pontos de vista da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional ou do Governo dos Estados Unidos.

Projecto de Apoio e Recursos de Assistência Técnica em SIDA
O Projecto de Apoio e Recursos de Assistência Técnica em SIDA, Sector I, Pedido de Tarefa 1 (AIDSTAR-One) é financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional sob o contrato número GHH-I-00–07–00059–00, financiado em 31 de Janeiro de 2008. O AIDSTAR-One é implementado por John Snow, Inc., em colaboração com Broad Reach Healthcare, Encompass, LLC, International Center for Research on Women, MAP International, Mothers 2 Mothers, Social and Scientific Systems, Inc., University of Alabama at Birmingham, the White Ribbon Alliance for Safe Motherhood e World Education. O projecto presta serviços de assistência técnica ao Office of HIV/AIDS (Departamento de VIH/SIDA) e às equipas de países do Governo dos Estados Unidos nos domínios da gestão do conhecimento, liderança técnica, sustentabilidade de programas, planeamento estratégico e apoio para a implementação de programas.

Citação Recomendada
Spratt, Kai. 2011. *Integração de Estratégias de Género do PEPFAR em Programas Sobre VIH para as Populações de Maior Risco*. Arlington, VA: Apoio e Recursos de Assistência Técnica em SIDA da USAID, AIDSTAR-One, Pedido de Tarefa 1.

Agradecimentos
A autora gostaria de agradecer ao Grupo de Trabalho Técnico sobre Género PEPFAR, pelo seu apoio e a sua revisão cuidadosa do presente relatório.

AIDSTAR-One
John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 ESTADOS UNIDOS
Telephone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
E-mail: info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com

ÍNDICE

Acrónimos ..... **v**

Introdução **1**

Metodologia **5**

Recolha de Dados 5

Selecção de Programas 6

Avaliação 7

Conclusões **9**

Recomendações **15**

Referências **19**

Anexo 1: Folheto Electrónico para Indicação de Programas **21**

Anexo 2: Questionário AIDSTAR-One para Implementadores de Programas **23**

Anexo 3: Avaliação de Pré-classificação de Programas Relativos ao VIH para as Populações de Maior Risco **29**

Anexo 4: Classificação Final do Programa **33**

ACRÓNIMOS

ASPIDH	Asociación Solidaria para Impulsar el Desarrollo Humano de Personas Trans de *El Salvador* (Associação de Solidariedade para a Promoção do Desenvolvimento Humano de Pessoas Trans de El Salvador)
VBG	violência com base no género
PMR	população de maior risco
HSH	homens que praticam sexo com homens
ONG	organização não-governamental
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plano de Emergência do Presidente dos EUA para a Atenuação da SIDA)
PRASIT	Project for HIV/AIDS Strategic Technical Assistance (Projecto para a Assistência Técnica Estratégica em VIH/SIDA)
UDI	utilizador(a) de drogas injectáveis
SANGRAM	*Sampada Grameen Mahila Sanstha* (Organização de Mulheres Rurais)
SIDC	*Soins Infirmiers et Développement Communautaire*
STEP	Striving for Transformation through Empowered People (Projecto que Visa a Transformação por Pessoas Autonomizadas)
IST	infecção sexualmente transmissível
TRANS	transgênero
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
USG	Governo dos Estados Unidos da América

v

INTRODUÇÃO

A desigualdade de género[1] é um dos principais factores de risco de e vulnerabilidade à infecção pelo VIH em todas as populações (de Bruyn et al. 1995). Para as populações de maior risco (PMR) – trabalhadores e trabalhadoras do sexo, utilizadores(as) de drogas injectáveis (UDI), pessoas trangênero (TRANS) e homens que praticam sexo com homens (HSH; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA [ONUSIDA] 2007) - que estão em maior risco de contrair o VIH, a desigualdade de género e a discriminação em função do género também impedem o acesso à prevenção, atenção e tratamento do VIH. O número de programas relativos ao VIH que abordam a desigualdade de género e procuram mudar normas de género nocivas está a aumentar em países africanos com epidemias generalizadas. O mesmo não acontece em países com epidemias concentradas, onde o VIH afecta principalmente as PMRs.[2]

No que concerne a epidemias concentradas, a taxa de prevalência do VIH está consistentemente acima dos 5 por cento em pelo menos uma PMR definida, mas é inferior a 1 por cento em mulheres grávidas em zonas urbanas (ONUSIDA 2008a). As PMRs são frequentemente levadas à clandestinidade pela discriminação, muitas vezes com base no género, e pelo estigma relacionado com o VIH: um duplo golpe. Em todos os países com epidemias concentradas, os comportamentos que tornam as PMRs mais vulneráveis ao VIH são altamente estigmatizados, ilegais, ou ambos, impedindo o acesso à prevenção, tratamento, atenção e apoio em relação ao VIH.

O *Relatório de 2008 da ONUSIDA sobre a Epidemia Global de SIDA* concluiu que a maioria dos programas de prevenção em epidemias concentradas não chegaram às populações com o maior risco de exposição ao VIH (ONUSIDA 2008b).

Embora tenham sido obtidos alguns resultados notáveis a partir da expansão de programas em VIH em países como a Tailândia, o Camboja e o Brasil, o nível de cobertura da prevenção, atenção e tratamento para as PMRs "permanece lamentavelmente baixo" (Rerks-Ngarm et al. 2010, 438). De acordo com o relatório da ONUSIDA, 69 por cento dos países com epidemias concentradas afirmam terem leis, regulamentos ou políticas que criam obstáculos à utilização de serviços relacionados com o VIH pelas PMRs, ou os serviços não são sensíveis ou adequados às necessidades de saúde e específicas de género de certas PMRs. Muitos programas trabalham com trabalhadoras do sexo, mas não abordam as normas masculinas que impulsionam a procura de trabalho sexual, sendo muito menor a cobertura para trabalhadores do sexo homens e trabalhadores do sexo TRANS. O estigma e a discriminação generalizados pela transgressão de normas de género masculinas e femininas sustentam a violência com base no género (VBG), a negação de protecções legais, a perda de propriedade e as barreiras ao emprego e às oportunidades de educação vivenciadas

[1] *Género* refere-se a papéis, responsabilidades e relações socialmente construídos, atribuídos a pessoas com identidades sexuais específicas. *Inequidade de género* refere-se a disparidades de poder e autoridade na tomada de decisões; acesso a recursos, incluindo educação e oportunidades económicas; alocação de recursos; e qualquer outro tratamento, com base no género. Deveria ser assegurada a igualdade de oportunidades para pessoas de todas as identidades sexuais e, se necessário, deveria ser prestado tratamento e atenção diferenciados para garantir a igualdade de resultados e corrigir desvantagens históricas e sociais vivenciadas por mulheres ou homens. Ver www.unfpa.org/gender/index.htm.

[2] Onde o VIH se espalhou rapidamente entre grupos específicos, mas não está bem estabelecido na população em geral.

por várias PMRs (ONUSIDA 2008b). Uma resposta abrangente que mude as normas de género, reduza o estigma e aumente o compromisso de abordar disparidades de género profundas pode substituir esta dinâmica pela redução do risco e da vulnerabilidade e atenuação de impacto (ONUSIDA 2001).

A Estratégia de Cinco Anos 2009–2013 do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para a Atenuação da SIDA (PEPFAR) apela à prevenção, atenção e tratamento abrangentes tanto no caso de epidemias concentradas como no de epidemias generalizadas, e encoraja os governos dos países parceiros a abordarem questões estruturais, como a VBG, estigma e discriminação, e o baixo envolvimento dos parceiros masculinos. A estratégia do PEPFAR apoia o aumento do acesso a serviços de prevenção, atenção e tratamento de alta qualidade a custo reduzido para "comunidades marginalizadas, incluindo utilizadores(as) de drogas injectáveis, pessoas na prostituição e homens que praticam sexo com homens" (Escritório do Coordenador Global da SIDA nos Estados Unidos 2009, 16).

Numa tentativa de integrar abordagens sensíveis ao género em programas de prevenção, atenção e tratamento do VIH, o PEPFAR identificou cinco estratégias-chave para abordagem de necessidades únicas de mulheres e raparigas. Estas estratégias são: 1) aumento da equidade de género em programas e serviços relativos ao VIH, incluindo de saúde reprodutiva; 2) redução da violência e coerção; 3) abordagem de normas e comportamentos masculinos; 4) aumento da protecção legal das mulheres; e 5) aumento do acesso ao rendimento e recursos produtivos, incluindo educação.

Existe uma crescente consciencialização de que a abordagem da desigualdade de género requer o emprego de mais do que uma estratégia de género, bem como a utilização de uma abordagem de "sincronização de género", por meio da qual os programas orientados para as mulheres e raparigas ou aqueles para os homens e rapazes trabalham em conjunto de "um modo intencional e reciprocamente reforçador que questiona as normas de género, catalisa o alcance da igualdade de género e melhora a saúde" (Greene and Levack 2010, iv). Sempre que este tipo de colaboração ocorre, a eficácia dos programas relativos ao VIH é grandemente aumentada (Coates, Richter, and Caceres 2008; Gupta et al. 2008). Por exemplo, os programas que abordam a VBG contra as mulheres têm mais probabilidades de ter mais êxito se também tentarem transformar os comportamentos e normas nocivos masculinos. Estão a aparecer provas científicas da eficácia de utilização de múltiplas estratégias de género numa abordagem de programação coordenada (Jewkes et al. 2006; Pronyk et al. 2008).

Em 2009, a pedido do Grupo de Trabalho Técnico sobre Género, o AIDSTAR-One compilou um compêndio de estudos de caso sobre programas relativos ao VIH na África Subsariana que integraram múltiplas estratégias de género do PEPFAR, com foco em mulheres e raparigas. O objectivo do compêndio foi disponibilizar aos funcionários do Governo dos Estados Unidos (USG) e a implementadores de programas locais práticas promissoras para concepção e implementação de programas relativos ao VIH que reduzam a vulnerabilidade com base no género de mulheres e raparigas à infecção pelo VIH. Este compêndio, *Integração de Múltiplas Estratégias de Género em Intervenções no Âmbito do VIH e da SIDA: Compêndio de Programas em África* (AIDSTAR-One 2009), inclui descrições pormenorizadas de 31 programas, cada um dos quais integrando pelo menos duas estratégias de género do PEPFAR.[3]

[3] Actualmente estão a ser produzidos estudos de caso para cinco dos programas no compêndio, a fim de disponibilizar mais pormenores acerca dos programas. Estes estarão disponíveis em www.aidstar-one.com/gender.

Em 2009, o AIDSTAR-One desenvolveu o guia técnico, *Integração do Género em Programas com Populações de Maior Risco*, para explorar a literatura de investigação e programa sobre o grau de abordagem das necessidades únicas relacionadas com o género das PMRs em epidemias concentradas pelos programas sobre VIH (Spratt 2010). Apesar de estar surgindo literatura sobre as necessidades relacionadas com o género das PMRs, o modo como os programas estão a abordar estas necessidades ou a integrar estratégias de género nas respectivas actividades não está bem documentado ou divulgado. O AIDSTAR-One realizou nove estudos de caso que aprofundam o guia técnico, disponibilizando uma análise exaustiva dos programas relacionados com o VIH que trabalham com e para PMRs no Sul e Sudoeste Asiático, Europa Oriental, América Latina e Médio Oriente.

Os objectivos específicos destes estudos de caso são:

- Identificar programas em países com epidemias concentradas que abordem uma ou mais das cinco estratégias de género do PEPFAR, uma vez que se interliguem com programas de prevenção, atenção e tratamento do VIH para PMRs.
- Descrever e analisar estes programas para criar uma base de conhecimentos para estratégias inovadoras de integração de estratégias de género do PEPFAR em programas para as PMRs.
- Formularrecomendações baseadas em evidências para gestores de projecto sobre como desenvolver, implementar e avaliar o efeito das estratégias de género do PEPFAR em programas MPR. Este relatório inclui conclusões e recomendações que se aplicam a todos os nove estudos.

METODOLOGIA

O planeamento dos estudos de caso teve início em Dezembro de 2009 e o trabalho de campo foi levado a cabo entre Junho e Outubro de 2010. Os métodos incluíram uma fase de recolha de dados, uma fase de avaliação e uma fase de compilação.

RECOLHA DE DADOS

Para identificar os programas a serem examinados para o desenvolvimento de um estudo de caso, a equipa de AIDSTAR-One estabeleceu critérios mínimos para orientar a identificação de potenciais programas. Estes incluíram os seguintes:

- O programa tem de trabalhar com PMRs em países com epidemias concentradas.[4]
- O programa tem de abordar o VIH (prevenção, atenção, tratamento, atenuação ou outro tipo de programa sobre VIH) como uma das componentes do programa.
- O programa tem de utilizar pelo menos uma das estratégias de género do PEPFAR.
- O programa pode de ser financiado pelo USG ou por outros doadores.

A equipa realizou uma pesquisa sistemática de programas elegíveis utilizando sites de busca na Internet e bases de dados online, incluindo PubMed, POPLINE, Plusnews, Google, and Google Scholar. As pesquisas na Internet procuraram programas em relatórios publicados, avaliações, revisão por pares e literatura não convencional, e websites organizacionais, utilizando mais de 20 palavras-chave em múltiplas combinações dentro e entre países foco, incluindo *equidade, violência, coerção, propriedade, direitos, programas, VIH, mulheres, feminino, masculino, homens, trabalhadores do sexo, trabalhadoras do sexo, trabalhadores do sexo transgênero, queer, homossexual, transexual, serviços, sensibilização, prevenção, defesa, baseado na comunidade, centros de acolhimento, grupos de apoio, geração de rendimento, rendimento alternativo, género, epidemias concentradas, populações de maior risco, equidade de género, normas de género, comportamentos dos homens, protecção legal, autonomização, acesso a rendimento, pessoas transgênero, trabalhadores do sexo utilizadores(as) de drogas injectáveis, homens que praticam sexo com homens, estigma e discriminação, sensível ao género, violência com base no género, e muitas outras.*

As cinco Estratégias de Género do PEPFAR modificadas para trabalhar com PMRs são:

- Aumento da equidade de género e acesso a programas e serviços relativos ao VIH
- Redução da violência e da coerção
- Abordagem de comportamentos e normas de género nocivos
- Aumento dos direitos legais e da protecção
- Aumento do acesso a rendimento e recursos produtivos.

As pesquisas de literatura encontraram poucos programas que descrevessem a integração de estratégias de género no respectivo trabalho com PMRs. A abordagem seguinte foi contactar directamente organizações a trabalhar para as PMRs, bem como especialistas em

[4] Foi tomada a decisão deliberada de não se considerar programas em epidemias mistas.

género por telefone, e-mail ou através dos respectivos websites para procurar recomendações de programas que conheciam e que integrassem o género no seu trabalho.

Um folheto para obter indicações de programas (ver Anexo 1) foi enviado por e-mail (em Inglês, Espanhol, Russo e Árabe) pelo AIDSTAR-One a organizações bilaterais, multilaterais e internacionais; distribuído Grupo de Trabalho Técnico sobre Género PEPFAR a missões do governo norte-americano; e disponibilizado no website do AIDSTAR-One. Como muitas organizações a abordar normas de género podem não estar familiarizadas com as estratégias de género do PEPFAR, foram dados exemplos de actividades para cada estratégia de género.

SELECÇÃO DE PROGRAMAS

Cada programa indicado foi contactado para se avaliar se cumpria os critérios de selecção. Aos potenciais programas foi enviada uma ferramenta padrão de questionário para reunir os detalhes sobre o modo como as estratégias de género do PEPFAR foram integradas (ver Anexo 2).

A tabela 1 apresenta o número de organizações que foram contactadas (um total de 248), que receberam o questionário (um total de 102) e que preencheram e devolveram o questionário (um total de 35), bem como o número de estudos de caso realizados em cada região.

Tabela 1. Taxa de Resposta de Programas Indicados

Região	Número de organizações contactadas	Número de organizações que receberam o questionário	Número de questionários preenchidos e devolvidos ou respondidos por telefone (%)	Número de programas que obtiveram uma classificação suficientemente elevada para inclusão (%)	Número de estudos de caso concluídos
Europa Oriental e Médio Oriente	23	9	5 (56)	3 (60)	2
América Latina	184	79	24 (30)	5 (21)	3
Ásia	41	14	6 (43)	5 (83)	4
TOTAL	**248**	**102**	**35 (34)**	**13 (37)**	**9**

Limitações do processo de recolha de dados incluem a possível sub-representação de programas muito pequenos ou localizados que, devido à respectiva visibilidade limitada, podem não ter sido abrangidos pelo método de amostragem e pesquisa na Internet. Além disso, alguns recursos limitados dos programas ou tempo limitado do pessoal podem ter impedido a sua capacidade de responder ao questionário. Estratégias para minimizar estas limitações incluíram um acompanhamento extensivo por e-mail e telefone, além do opção de se responder ao questionário por telefone.

É importante notar que estes estudos de caso não representam uma lista exaustiva de todos os programas relativos a género e VIH em curso no momento de aplicação do questionário. Pelo contrário, procura apresentar uma amostra de programas utilizando abordagens inovadoras e identificar desafios comuns entre programas para PMRs que integram estratégias de género do PEPFAR.

AVALIAÇÃO

Uma ferramenta de avaliação desenvolvida pela Equipa de Género do AIDSTAR-One para o compêndio de programas em África foi adaptada para o questionário sobre PMR. A ferramenta proporcionou uma medida objectiva para determinar que programas podiam ser considerados como estudo de caso. As respostas ao questionário foram avaliadas com base em cinco critérios (ver Anexo 3):

1. Abrangência da abordagem das estratégias de género do PEPFAR
2. Rigor da avaliação
3. Medida em que os indicadores de género foram incluídos como resultados do programa
4. Sustentabilidade
5. Viabilidade para replicação e/ou expansão.

Dois membros da Equipa de Género avaliaram de forma independente cada questionário preenchido e devolvido para medir a fiabilidade entre os classificadores e aumentar a objectividade. Os membros resolveram as discrepâncias nas avaliações e chegaram a um acordo sobre a classificação final (ver Anexo 4). Dos 35 programas classificados, 22 não foram considerados porque não cumpriam os critérios mínimos para inclusão.

A equipa contactou os directores dos programas que cumpriam os critérios mínimos para inclusão como estudo de caso, para explorar o interesse em participar e fornecer mais informações acerca do processo de estudos de caso. O Grupo de Trabalho Técnico sobre Género contactou missões do USG em países onde as organizações tinham concordado participar, para pedir autorização para realizar o estudo de caso. Para os casos em que a autorização não foi dada, foi seleccionado um programa noutro país. Assim que a autorização do USG chegou, as datas foram acertadas com os programas e o estudo de caso foi realizado. As visitas ao local foram realizadas durante um período de três a cinco dias, para permitir as entrevistas com uma série interessados e observar as actividades importantes do programa. Os estudos de caso foram realizados por um funcionário do AIDSTAR-One e um consultor local, ou apenas por um consultor local.

A equipa AIDSTAR-One desenvolveu protocolos normalizados de visita ao local, debates de grupo e guiões de entrevistas aprofundadas para serem utilizados em todos os locais de estudo de caso, a fim de permitir a uniformização do conteúdo e métodos de recolha de dados. O processo de estudo de caso consistiu na revisão no local de documentos, entrevistas, grupos focais de discussão com pessoal do projecto e participantes, bem como observação directa das actividades do programa, sempre que necessário. O conteúdo dos guiões incluiu perguntas para recolher as seguintes informações:

- História do programa e factores que influenciam a integração das estratégias de género do PEPFAR em abordagens do programa

- Descrição da população-alvo, utilização do programa/serviço, sensibilização, encaminhamentos, garantia da qualidade e acções de formação
- Pontos fortes da abordagem do programa/serviço
- Desafios enfrentados durante a integração do género em programas/serviços
- Principais estratégias e abordagens empregues para integrar estratégias de género do PEPFAR
- Inovações incorporadas em programas/serviços, à medida que vão amadurecendo
- Oportunidades de expansão da integração de género nos respectivos programas
- Modo como o impacto da integração do género nos programas/serviços está a ser monitorizado e avaliado
- Resultados do programa como consequência da integração do género nos respectivos programas/serviços
- Necessidade de assistência técnica para reforçar a capacidade da organização no que respeita a integrar o género em programas para PMRs
- Efeito que a integração de estratégias de género do PEPFAR teve nos beneficiários(as) do programa
- Lições aprendidas que as outras organizações deveriam considerar antes de integrarem uma ou mais estratégias de género do PEPFAR nos respectivos programas/serviços.

A tabela 2 apresenta as localizações e os nomes de programas para os quais form realizados estudos de caso entre Junho e Outubro de 2010.

Tabela 2. Programas Escolhidos para os Estudos de Caso de AIDSTAR-One durante a Integração de Estratégias de Género do PEPFAR em Intervenções em Matéria de VIH para PMRs

Região	Programa e localização	PMR abordada
América Central e América do Sul	Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Community Center, Colômbia	HSH
	Sex Work, HIV, and Human Rights Program, Peru	Trabalhadores(as) do sexo
	Solidarity Association to Promote Human Development (ASPIDH), El Salvador	Pessoas TRANS
Médio Oriente	SIDC *(Soins Infirmiers et Développement Communautaire),* Líbano	HSH, pessoas TRANS, trabalhadores(as) do sexo
Europa	Follow the Voice of Life. Rússia	HSH
Sul e Sudeste Asiático	Project for HIV/AIDS Strategic Technical Assistance (PRASIT), Camboja	HSH, pessoas TRANS, trabalhadores(as) do sexo
	STIGMA Foundation. Indonésia	UDI
	Striving for Transformation through Empowered People (STEP) Program, Vietname	UDI, trabalhadores(as) do sexo
	SANGRAM (*Sampada Grameen Mahila Sanstha*; Organização de Mulheres Rurais), Índia	Trabalhadores(as) do sexo, pessoas TRANS, HSH

CONCLUSÕES

Os nove estudos de caso foram realizados em três continentes, no entanto, os programas partilham êxitos e desafios comuns em termos de integração de estratégias sensíveis ao género no respectivo trabalho. Os programas surgiram, na maioria dos casos, de esforços iniciados por pequenos grupos de activistas de HSH, pessoas TRANS, UDI ou trabalhadores(as) do sexo determinados a defender os direitos dos homens e das mulheres que desafiam normas sociais e de género e a exigir dignidade e tolerância para as populações marginalizadas.

De entre as conclusões mais significativas, o VIH é uma questão importante nas PMRs, mas dadas as inúmeras questões de sobrevivência que estas enfrentam, nem sempre é a questão mais importante. Violência, pobreza, estigma e discriminação estão presentes nas suas vidas. Apesar de que os programas descritos são implementados numa variedade de sistemas políticos, económicos e culturais, eles têm sempre algo em comum: os ambientes social e cultural em que são implementados são hostis para as pessoas que estes programas servem.

De certa forma, estes programas são pioneiros na área de integração do género e têm muito para partilhar com outras organizações que trabalham com PMRs. Também podem inspirar programas que trabalham em epidemias generalizadas em África, onde existem cada vez mais dados que provam uma maior prevalência do VIH nas PMRs (Smith et al. 2009; van Griensven et al. 2009).

As secções que se seguem resumem as questões comuns que influenciam o modo como estes programas evoluem e o modo como as estratégias de género do PEPFAR contribuem para o trabalho que realizam em nome das respectivas comunidades. Estas conclusões também revelam uma questão comum entre programas para PMRs e programas relativos ao VIH para populações em geral. Os programas ainda se vêem em dificuldades para arranjar financiamento e assistência técnica para integrar género e outros obstáculos estruturais para fazerem mais do que apenas prestar serviços básicos.

A violência contra as PMRs é endémica.

Na maioria dos nove estudos de caso, governos, grupos religiosos e sociedade civil estão a fazer muito pouco para abordar a violência contra as PMRs. Um alto nível de sensibilização e liderança dentro dos governos em prol das PMRs é inexistente na Rússia e fraco nos países asiáticos onde foram realizados os estudos de caso.

> *A violência contra gays é prática comum e sob o pretexto de "limpeza social".*
>
> *Muitos gays têm sido assassinados por grupos paramilitares e esquadrões da morte.*
>
> - Bogota, Colômbia
>
> *Quando somos presos, as mulheres utilizadoras de drogas injectáveis são sexualmente assediadas e violadas; os homens são torturados.*
>
> - Jacarta, Indonésia

Mas noutras regiões, verificam-se tendências encorajadoras. Na Colômbia, no Peru e no Líbano, a atitude do governo, embora ainda não apoie totalmente as PMRs, pode ser descrita como tolerante. Em El Salvador, o presidente recentemente promoveu uma série de iniciativas políticas para tornar illegal a discriminação contra pessoas TRANS em organizações do sector público, uma excepção digna de menção à discriminação generalizada contra este grupo em muitos países. Um êxito muito importante de todos os programas é o desenvolvimento de estratégias de sensibilização

com os governos e comunidades locais que desafiam a violência, o estigma e a discriminação vivenciada pelas PMRs e que tentam manter os governos responsáveis por garantir os direitos e serviços que os documentos políticos prometem. A maioria dos programas desenvolveu as suas estratégias de sensibilização com assistência técnica limitada ou inexistente.

Esta sensibilização é fundamental para programas para PMRs; a perseguição das PMRs é amplamente tolerada porque estes grupos não adoptam o estilo de vida sexual e social considerado "normal" para mulheres e homens. Nos estudos de caso, todos os programas descreveram actos de violência e abuso relatados contra o respectivo pessoal e beneficiários(as) perpetrados pela polícia, sociedade em geral e dentro das próprias famílias. Para muitas pessoas, os indivíduos com comportamentos que transgridem os códigos de conduta convencionais abdicam deliberadamente de exigir seus direitos humanos. Esta perspectiva leva ao tratamento desigual dentro das comunidades e pelas instituições sociais. Segundo Deidre Stewart (2008, 7):

> Existe uma crença popular de que a violação de uma prostituta é menos traumática do que a de uma mulher fora do ramo... um violador que tenha como alvo trabalhadoras do sexo pode assim sentir-se justificado, e até mesmo justo, ao referir as suas acções como o parâmetro lógico da legislação e política que considera as trabalhadoras do sexo [e outras populações de risco] aberrantes e inumanas.

As pessoas que vivem em papéis de género "incategorizáveis" são um perigo para a ordem social, que é defendida por meio de violência física, psicológica e sexual e é lenta para se expandir de forma a acomodar "a diversidade do que deverá ser humano e com caráter de género" (Stewart 2008, 7–8, citando Butler).

As pessoas em maior risco de contrair o VIH enfrentam uma hierarquia de necessidades de sobrevivência que têm de ser satisfeitas antes que os programas relativos ao VIH possam ser mais amplamente acedidos.

Privação de habitação, habitação deficiente, desemprego, brutalidade policial e coerção, pobreza, desigualdade de género, baixo nível de instrução, e estigma e discriminação são formas de violência estrutural que muitas PMRs frequentemente vivenciam e que aumentam a sua vulnerabilidade ao VIH. No entanto, os programas orientados para as PMRs não se centram no contexto que impulsiona a vulnerabilidade e os comportamentos de risco, mas sim nos comportamentos de risco em si: injecção de drogas, sexo desprotegido e parceiros sexuais simultâneos, etc.

O que os programas para PMRs poderiam fazer para abordar estas questões estruturais maiores é condicionado por fluxos de financiamento verticais e um financiamento inadequado no geral. Os programas para PMRs que se centram na distribuição de preservativos, educação pelos pares e exame obrigatório para detecção de infecções sexualmente transmitidas (IST) têm mais probabilidades de terem um impacto limitado se não incluírem também abordagens de desenvolvimento comunitário orientadas para questões estruturais (Greenall e Rasoanaivo 2008). Tal como o programa SANGRAM na Maharashtra, Índia, tem vindo persuasivamente a demonstrar há mais de uma década, fortalecer as PMRs para satisfazerem as suas necessidades básicas de sobrevivência cria espaço para que as pessoas façam planos a longo prazo e ajam de forma colectiva para se protegerem contra o VIH, outras ISTs e a VBG.

A maioria das organizações que trabalham com PMRs vêem os desafios que estas enfrentam não em termos de género, mas sim de direitos.

Compreensivelmente, a primeira questão para muitas organizações não-governamentais (ONGs) é proteger o direito que a sua comunidade tem de viver sem violência e perseguição. As PMRs são perseguidas porque têm comportamentos considerados imorais ou ilegais. Mas poucas ONGs conseguem localizar essa perseguição numa análise mais ampla de género e normas de género; não exploraram o facto de que a desigualdade de género é a razão por que tais comportamentos são considerados imorais e ilegais. Os funcionários das ONGs que trabalham com PMRs não vêem necessariamente além da "tirania da heterossexualidade" para questionar ou rejeitar normas de género A maioria dos programas não analisaram o modo como os direitos de HSH, pessoas TRANS, UDI e trabalhadores(as) do sexo estão intimamente ligados à igualdade e equidade das mulheres. Em alguns casos, estas populações e organizações de mulheres não estão a colaborar bem em conjunto porque estão a competir pelos mesmos financiamentos para "questões sociais", os quais são bastante reduzidos. Quando questionadas sobre a integração do género, muitas organizações definem o género como uma "questão feminina" e não um factor fundamental subjacente à perseguição das minorias sexuais propriamente ditas.

Abordar normas de género é uma ideia nova para quase todas as ONGs.

Durante a pesquisa inicial de programas a analisar, foi difícil identificar programas focados nas PMRs que integrassem o género nas respectivas estratégias programáticas. Muitas organizações contactadas indicaram que estavam a "integrar o género" porque estavam a desagregar os dados por identidade de género ou a centrar-se em HSH ou pessoas TRANS. À excepção do PRASIT no Camboja e do STEP no Vietname, nenhum dos programas estavam a abordar abertamente as normas de género. O pessoal em dois dos quatro programas na Ásia respondeu: "Não 'fazemos' género. É muito complicado…[e] muito teórico." Uma resposta semelhante foi: "Género…é sobre mulheres - nós estamos centrados nos homens." No entanto, quando lhes foi pedido directamente que descrevessem o que estavam a fazer para abordar a equipdade no acesso a serviços, reduzir a VBG, mudar comportamentos de género nocivos, aumentar o acesso à oportunidade económica ou reforçar protecções legais, a equipa do programa soube responder facilmente. Os programas que integram estratégias de género no respectivo trabalho estão numa fase muito incipiente, não tendo assim quaisquer dados para identificar as práticas promissoras e nenhum tinha financiamento para a avaliação do processo, de modo a perceber o modo como as normas de género podem estar a mudar como resultado do seu programa.

A maioria dos programas tem um financiamento precário.

Em todos os países onde foram realizados estudos de caso, a taxa de prevalência do VIH nas PMRs é igual ou superior à taxa de prevalência do VIH encontrado em países com epidemias generalizadas. No entanto, na maioria das vezes o financiamento não segue a prevalência, mas sim o número de pessoas afectadas; as PMRs são uma minoria da população global em qualquer país e os países em que a epidemia do VIH se concentra nas PMRs continuam a ter uma subfinanciamentos para programas para as PMRs.

Muitos dos programas destacaram o trabalho relacionado com orçamentos muito limitados com voluntários dedicados. Os programas mais pequenos, como a Fundação STIGMA em Jacarta e a ASPIDH em El Salvador, são liderados por colegas que desenvolveram os seus programas com pouca assistência técnica e capacidade organizacional limitada. Estes programas recebem um financiamento limitado, se algum, do governo; e níveis variáveis de financiamento dos doadores podem afectar negativamente a qualidade e a cobertura dos programas. Os programas maiores liderados por

organizações internacionais para o desenvolvimento, como o PRASIT da Family Health International (actualmente conhecida como FHI360), no Camboja, e a STEP da CARE, no Vietname, estão relativamente melhor financiados, com acesso a financiamento de longo prazo, assistência técnica e materiais bem concebidos; capacidade para fazer algum nível de monitorização e sofisticação para escrever relatórios que cumprem os requisitos dos programas dos doadores. O planeamento a longo prazo é problemático para todos os programas, uma vez que nenhum é auto-suficiente e os governos ainda não se comprometeram a prestar um apoio de longo prazo quando o financiamento multilateral e bilateral terminar.

Aumentar a equidade e o acesso a serviços é a estratégia de género que os programas mais comummente implementam, enquanto aumentar do acesso ao rendimento e a recursos produtivos, incluindo educação, é a estratégia menos empregue.

Durante o processo de estudo de caso foi perguntado à equipa do programa, aos(às) beneficiários(as) e a outros informadores-chave o modo como e até que medida o programa está a integrar uma ou mais estratégias de género do PEPFAR:

1. *Aumento da equidade de género e acesso a programas e serviços relativos ao VIH, incluindo os de saúde reprodutiva*

Todos os programas se esforçam por prestar serviços de prevenção básicos (preservativos, lubrificantes e troca de agulhas e seringas), educação sobre o VIH e as IST, e sensibilização de pares e solidariedade com a(s) respectiva(s) população(-ões)-alvo. Os programas prestam ou encaminham as pessoas para serviços de testagem do VIH, tratamento de ISTs, serviços de saúde reprodutiva e troca de agulhas e seringas em unidades fixas ou móveis; a maioria trabalha para educar e sensibilizar os profissionais de saúde acerca das necessidades das PMRs. Muitos projectos arranjam espaços seguros separados para trabalhadores(as) do sexo, pessoas TRANS, HSH e UDI para se reunirem, obterem aconselhamento e terem acesso a mais informações sobre o VIH e as ISTs e sobre identidade sexual.

2. *Redução da VBG e da coerção*

A maioria dos programas analisados abordam a VBG ao nível da comunidade, tentando reduzir o estigma e a discriminação contra as PMRs, mas apenas o SANGRAM na Índia e o STEP no Vietname têm actividades no sentido de reduzir a VBG dentro da família ou entre um casal. O PRASIT no Camboja e o SIDC no Líbano incluem mensagens sobre a VBG no conteúdo do seu programa. Considerando os profissionais de saúde como tendo um papel central na mudança das normas sociais, a New Life na Rússia espera que ao mudar as suas atitudes sobre HSH, os profissionais de saúde consigam servir de modelo de aceitação de HSH e reduzir assim a vulnerabilidade dos HSH à VBG e ao VIH. O PRASIT é o único que tenta abordar a sobreposição entre comportamentos de grupo dos homens relativamente a consumo de álcool e comportamento sexual de risco, mas nenhum dos programas a trabalhar com HSH, trabalhadores(as) do sexo, UDI ou pessoas TRANS estão a abordar directamente as ligações entre abuso de álcool, comportamentos de risco e VBG.

3. *Abordagem de normas e comportamentos de género*

Para a maioria, os programas que trabalham com HSH e pessoas TRANS abordam normas de género apoiando os direitos dos indivíduos de expressarem as suas identidades sexuais. Apenas dois programas - PRASIT e SANGRAM - utilizam intervenções e actividades que abordam normas de género nocivas como parte de programas de prevenção, tratamento, atenção e sobre VIH para PMRs.

Este é um elemento crucial em falta noutros programas.

> *Durante um debate de grupo focal em San Salvador, um participante TRANS notou que algumas mulheres TRANS gostam de vivenciar violência para se "sentirem mais como uma mulher".*
>
> - Estado de Caso ASPIDH

As organizações que trabalham com HSH estão empenhadas em criar nesta população resiliência para abordar o estigma e a discriminação, aceder a serviços e aceitar e expressar a sua orientação sexual. Nenhum dos programas envolve HSH em conversas cruciais sobre o modo como as normas masculinas e as definições de masculinidade influenciam os seus comportamentos de risco. Por exemplo, nenhuma das organizações pede aos seus membros que reflictam sobre o motivo por que alguns homens consideram o uso do preservativo um sinal de fraqueza, o modo como o machismo pode influenciar tanto o sexo anal desprotegido e o excessivo consumo de álcool em bares e pubs, ou o motivo por que ocorre a VBG nas relações HSH.

As organizações que trabalham com UDI podem compreender que os utilizadores(as) de drogas do sexo masculino e feminino necessitam de diferentes serviços, no entanto, não envolve as respectivas comunidades no sentido de abordar a VBG nas relações ou explicar o modo como os comportamentos de utilização de drogas são orientados por género e frequentemente, mas não sempre, a favor dos homens (p. ex. os homens serem os primeiros a "utilizar a a agulha"). As organizações que trabalham com pessoas TRANS não estão a questionar seus clientes para verem o modo como a adopção de normas de género femininas pode tornar as pessoas TRANS mais vulneráveis ao VIH, do mesmo modo que as normas de género colocam todas as mulheres mais em risco de infecção pelo VIH do que os homens. Os programas que trabalham com trabalhadores(as) do sexo procuram aumentar a auto-estima e a auto-eficiência desta comunidade no sentido de se recusarem a praticar sexo desprotegido e exigirem mais controlo sobre as interacções com os seus clientes. Mas os(as) trabalhadores(as) do sexo continuam a praticar sexo de alto risco com parceiros regulares como forma de diferenciarem a sua intimidade do seu trabalho.

4. Aumento de direitos legais e protecção

Esta é uma intervenção crucial de programas para PMRs, e quase todos os programas destacados nos estudos de casos estão a tentar abordar direitos legais e direitos humanos do respectivo público-alvo. Um dos maiores desafios que os programas enfrentam é a escassez de profissionais do campo jurídico que queiram informar os clientes sobre violações dos direitos humanos contra PMRs ou intentar uma acção legal em relação a essas violações.

Curiosamente, aumentar os direitos legais e protecções foi a estratégia menos utilizada nos cinco estudos de caso destacados no *Compêndio de Estudos de Caso sobre Género em África* (AIDSTAR-One brevemente).

Talvez esta diferença reflicta o facto de que muitos programas relativos ao VIH em África ainda não considerem a vulnerabilidade ao VIH, a desigualdade de género e o risco entre as mulheres como questões jurídicas. Para os programas destacados neste documento, esta é uma questão fundamental.

5. Aumento do acesso a rendimento e recursos produtivos, incluindo educação

Como a tensão económica desempenha um papel significativo para muitos(as) na procura de trabalho sexual, muito poucos programas utilizam esta estratégia. O SANGRAM permite que os(as) trabalhadores(as) do sexo utilizem poupanças bancárias e o STEP está a começar a trabalhar com o governo local no sentido de disponibilizar microcréditos a UDI. SIDC e PRASIT fazem encaminhamentos para programas de formação profissional. Para UDI e pessoas que participam em actos de sexo comercial para manter o vício da droga, ser capaz de se beneficiar de actividades geradoras de rendimento depende do nível de acesso que as pessoas têm a serviços humanizados, voluntários e acessíveis financeiramente para reabilitação de drogas ou terapia de substituição de opiáceos, que permite que as pessoas tenham vidas menos caóticas.

RECOMENDAÇÕES

Mudar práticas sexuais e de injecção de drogas em resposta ao VIH é fundamentalmente um processo social. Ao nível do indivíduo, a mudança implica conversar. Ao nível da comunidade ou da rede, significa chegar a um consenso sobre o modo como são atingidos os objectivos que levam à mudança. Ao nível político, requer um compromisso público para apoiar as comunidades à medida que desenvolvem novas normas e valores para transformar comportamentos e produzir novas formas culturais (Kippax 2008)

Doadores e governos deveriam dar prioridade e financiar a integração de estratégias de género em programas focados nas PMRs.

Governos e doadores nos países da Ásia, Europa Oriental e Médio Oriente, onde estes estudos de caso foram realizados, não deram prioridade à inequidade de género como um factor-chave a influenciar a epidemia do VIH.

Os governos em três países da América Latina onde foram realizados estudos de caso estão a envidar esforços para prestar serviços e reduzir a VBG através de iniciativas de políticas de apoio com financiamento limitado. Apesar dos compromissos indicados em matéria de igualdade e equidade de gênero, nenhum dos doadores que estão a financiar os novos programas exigiu de seus parceiros a integração da sensibilidade ao género ou de estratégias de género na respectiva implementação de abordagens de programas relativos ao VIH para além do apoio de "integração da perspectiva do género" (*gender mainstreaming*) e da desagregação dos dados por sexo.

O modo como é dada prioridade ao género em alguns dos países dos estudos de caso reflecte-se de certa forma nos três Quadros de Parceria[5] assinados em 2010 entre o USG e países com epidemias concentradas: Vietname, a Região Leste do Caribe[6] e a Região da América Central[7] (ainda não foram assinados Quadros de Parceria com países da Europa Oriental ou o Médio Oriente). O Quadro de Parceria do Vietname nem faz menção à palavra género. O documento caribenho menciona as PMRs e afirma que o género é uma questão transversal, que são necessárias abordagens sensíveis ao género, que normas culturais nocivas têm de ser abordadas e as leis contra a VBG devem ser aplicadas.

O documento do Quadro da América Central é o mais detalhado, afirmando que "os signatários do Quadro de Parceria reconhecem que integrar questões de género em todas as actividades é essencial para a qualidade e sustentabilidade das intervenções de prevenção, tratamento e atenção em VIH/SIDA" (Governo dos Estados Unidos e os Governos da Região da América Central 2010, 15). O Quadro de Parceria reconhece a necessidade de intervenções centradas nas PMRs, bem como a necessidade de fortalecimento das mulheres e de intervenções orientadas para homens e rapazes. "Sempre que necessário, o Plano de Implementação do Quadro deverá levar em consideração as

---

[5] Os Quadros de Parceria proporcionam um quadro estratégico conjunto de cinco anos para a cooperação entre o USG, o governo parceiro e outros parceiros no sentido de combater o VIH no país anfitrião através da prestação de serviços, reforma de políticas e compromissos financeiros coordenados.

[6] Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Dominica, Grenada, Jamaica, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, e Trinidad e Tobago.

[7] Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.

questões de género e abordar o modo como as actividades propostas podem afectar aspectos de discriminação em função do género, estigma e violência e mudar as normas sociais que colocam determinados grupos em maior risco de exposição ao VIH" (Governo dos Estados Unidos e os Governos da Região da América Central 2010, 15).

Doadores e governos deveriam financiar assistência técnica para desenvolver ascapacidades de organizações focadas nas PMRs de integrar o género em seus programas.

Nos nove programas, faltam actividades definidas - apoiadas por um financiamento específico - para tornar a integração da programação sensível ao género significativa e mensurável. Quase todos os programas querem assistência técnica para criar a respectiva capacidade de fazer uma análise mais detalhada das normas de género e desenvolver programas sensíveis ao género. Existe uma necessidade real para desenvolver a capacidade de organizações promissoras para prestarem assistência técnica em género a outras organizações através de colaborações Sul-Sul.[8] No entanto, existe muito pouco financiamento disponível para assistência técnica a curto prazo ou para o desenvolvimento de capacidades em género a longo prazo em países com epidemias concentradas.

Doadores e governos deveriam expandir seus programas para além do fornecimento de informações sobre prevenção do VIH, comunicação sobre mudança do comportamento individual e distribuição de insumos.

São urgentemente necessários programas que incluam estratégias para abordar as causas estruturais da vulnerabilidade entre as PMRs. Uma potencial direcção para o desenvolvimento de programas é trabalhar no sentido de criar programas auto-suficientes focados nas PMRs e que incluam componentes que aumentem a estabilidade e as oportunidades económicas.

Os programas deveriam desenvolver estratégias e actividades que reflictam o contexto das vidas das PMRs.

Parece que os programas se esqueceram que as PMRs não são apenas seus comportamento(s) de risco: sexo anal desprotegido, utilização de drogas injectáveis, parceiros sexuais múltiplos e simultâneos. São indivíduos integrados em relações e redes sociais que reforçam papéis com base no género. São maridos e mulheres, mães e pais, irmãs e irmãos, amigos e parceiros a reproduzir práticas socialmente definidas que emergem das estruturas socioculturais, económicas e políticas em que se situam. Os programas têm de desenvolver estratégias e actividades implementadas dentro das redes das PMRs, a fim de mudar normas de grupo e reduzir comportamentos de risco.

Os programas deveriam incorporar um forte componente de avaliação.

Pesquisa formativa, avaliação do processo e monitorização do programa para compreender o modo como as PMR estão a responder a estratégias e atividades programáticas decididamente não fazem parte da maioria dos nove programas. A falta de uma avaliação forte é uma oportunidade perdida para o doador, para os implementadores e, especialmente, para os(as) beneficiários(as) dos programas. Por esta razão, os doadores deveriam conceder financiamentos para desenvolver a capacidade dos programas para trabalhar com as PMRs no sentido de empreenderem estas actividades em todas as fases de seus programas.

Deveriam ser desenvolvidas ferramentas específicas para programas focados nas PMRs para ajudá-los a integrar a análise do género e estratégias de género nos seus programas.

---

[8] Sul-Sul refere-se a um intercâmbio de competências e recursos entre governos, organizações e/ou indivíduos em nações em desenvolvimento. O AIDSTAR-One desenvolveu um quadro e um conjunto de ferramentas para facilitar a assistência técnica Sul-Sul. Está disponível em www.aidstar- one.com/facilitating_south_to_south_technical_support_toolkit.

Actualmente, as análises de género e os materiais e ferramentas de integração da perspectiva do género discutem a questão da desigualdade de género de forma a que enfoquem primeiramente públicos heteronormativos que integram homens e mulheres. Estas ferramentas deveriam ser adaptadas ou novas ferramentas deviam ser desenvolvidas para articularem adequadamente o modo como as desigualdades e normas de género são compreendidas e vivenciadas pelas PMRs.

REFERÊNCIAS

AIDSTAR-One. Brevemente. *Compêndio de Estudos de Caso sobre Género em África*. Arlington, VA: Apoio à SIDA e Recursos de Assistência Técnica da USAID, AIDSTAR-One, Pedido de Tarefa 1.

AIDSTAR-One. 2009. *Integração de Múltiplas Estratégias de Género para Melhoria das Intervenções em Matéria de VIH e SIDA: Um Compêndio de Programas em África*. Disponível em www.aidstar-one.com/sites/default/files/Gender_compendium_Final.pdf (acedido em Agosto de 2011)

Coates, T. J., L. Richter e C. Caceres. 2008. Estratégias Comportamentais para Reduzir a Transmissão pelo VIH: Como Fazê-las Funcionar Melhor. *The Lancet* 372(9639): 669–684.

de Bruyn, M., H. Jackson, M. Wijermars, V. C. Knight e R. Berkvens. 1995. *Enfrentar os Desafios do VIH, SIDA e DSTs: Uma Resposta com Base no Género*. Amesterdão, Países Baixos: Royal Tropical Institute, Southern Africa AIDS Information Dissemination Service e World Health Organization. Disponível em http://data.unaids.org/Topics/Gender/facingchallenges_en.pdf (acedido em Agosto de 2011)

Governo dos Estados Unidos e os Governos da Região da América Central (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá). 2010. *Documento do Quadro de Parceria para Apoio à Implementação da Resposta ao VIH/SIDA da Região da América Central: Uma Estratégia de Cinco Anos para Implementar Conjuntamente Objectivos Regionais para Reduzir a Transmissão do VIH e Minimizar os Impactos Negativos em Pessoas da Região da América Central*. Disponível em www.pepfar.gov/documents/organization/138938.pdf (acedido em Agosto de 2011)

Greenall, M. e B. C. Rasoanaivo. 2008. Organização do Trabalhador do Sexo em Madagascar. *Pesquisa para o Trabalho Sexual* 10:21–23. Disponível em www.nswp.org/sites/nswp.org/files/research-for-sex-work-10-english- espanol.pdf (acedido em Agosto de 2011)

Greene, M. E. e A. Levack. 2010. *Estratégias de Sincronização do Género: Um Modelo Cooperativo para Melhorar a Saúde Reprodutiva e Transformar as Relações de Género*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Gupta, G. R., J. O. Parkhurst, J. A. Ogden, P. Aggleton e A. Mahal. 2008. Abordagens Estruturais da Prevenção do VIH. *The Lancet* 372(9640): 764-775.

Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin, et al. 2006. Um Ensaio Controlado e Aleatorizado de Grupo para Determinar a Eficácia de Trampolins na Prevenção de Infecções pelo VIH e Promoção do Comportamento Sexual Mais Seguro entre Jovens no Cabo Oriental Rural, África do Sul: Concepção de Ensaio, Métodos e Conclusões de Base. *Medicina Tropical e Saúde Internacional* 11:3–16.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA. 2001. *Quadro de Estratégia Global sobre o VIH/SIDA*. Disponível em http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc637-globalframew_en.pdf (acedido em Agosto de 2011)

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA. 2007. *Orientações Práticas para Intensificar a Prevenção do VIH: Rumo ao Acesso Universal.* Disponível em http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf (acedido em Agosto de 2011)

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA. 2008a. *Orientações Práticas para Intensificar a Prevenção do VIH: Rumo ao Acesso Universal: Cinco passos para o planeamento e a implementação da prevenção do VIH*. Genebra, Suíça: ONUSIDA. Disponível em www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1581_big_card_en.pdf(acedido em Agosto de 2011)

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA. 2008b. *Relatório sobre a Epidemia Global da SIDA*. Disponível em www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/2008reportontheglobalaidsepidemic/ (acedido em Agosto de 2011)

Kippax, S. 2008. Compreender e Integrar os Determinantes Estruturais e Biomédicos da Infecção pelo VIH: Uma Forma de Prevenção. *Opinião Actual sobre VIH e SIDA* 3:489–94.

Escritório do Coordenador Global da SIDA (OGAC). 2009. *Plano de Emergência do Presidente dos EUA para a Atenuação da SIDA: Estratégia de Cinco Anos*. Washington, DC: OGAC.

Pronyk, P. M., J. C. Kim, T. Abramsky, et al. 2008. Um Microfinanciamento Combinado e a Intervenção no Plano da Formação podem Reduzir o Comportamento de Risco Face ao VIH em Participantes Jovens do Sexo Feminino. *SIDA* 22(13):1659-65.

Rerks-Ngarm, S., P. Pitisuttithumm, N. Ganguly, et al. 2010. Definição de Objectivos da Vacina da SIDA para a Rede Asiática: Relatório da WHO-ONUSIDA/Global HIV Vaccine Enterprise. Consulta Regional sobre a Expansão da Pesquisa de uma Vacina Contra a SIDA e a Capacidade de Desenvolvimento na Ásia. *Opinião Actual sobre VIH e SIDA* 5:435–52.

Smith, A. D., P. Tapsoba, N. Peshu, E. J. Sanders e H. W. Jaffe. 2009. Homens que Praticam Sexo com Homens e VIH/SIDA na África Subsariana. *The Lancet* 374:416–22. Disponível em www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61118-1/abstract (acedido em Julho de 2009)

Spratt, K. 2010. *Guia Técnico: Abordagem do Género em Epidemias Concentradas*. Arlington, VA: Apoio à SIDA e Recursos de Assistência Técnica da USAID, AIDSTAR-One, Pedido de Tarefa 1. Disponível em www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/technical_briefs/gender_MARPs (acedido em Agosto de 2011)

Stewart, D. 2008. Activistas pelos(as) Trabalhadores(as) do Sexo: Encarnar a Aberração. *Pesquisa sobre Trabalho Sexual* 10: 7–8.

van Griensven, F., J. W. de Lind van Wijngaarden, S. Stefan Baral, e A. Grulich. 2009. A Epidemia Global da Infecção pelo VIH em Homens que Praticam Sexo com Homens. *Opinião Actual sobre VIH e SIDA* 4:300-7.

ANEXO 1:

FOLHETO ELECTRÓNICO PARA INDICAÇÃO DE PROGRAMAS

O AIDSTAR-One (www.aidstar-one.com) está à procura de Programas que Integrem o Género em Programassobre VIH para as Populações de Maior Risco

O AIDSTAR-One está actualmente à procura de programas que trabalhem com e para populações de maior risco (PMRs) e que estejam a integrar o género nas respectivas abordagens programáticas. Se tiver conhecimento de programas inovadores para PMRs que integrem o género, agradecemos que nos informe!

O projecto AIDSTAR-One financiado pela USAID está a coligir um compêndio de estudos de caso sobre programas que têm integrado com êxito estratégias de género no respectivo trabalho com populações de maior risco (PMRs), incluindo:

- Utilizadores(as) de drogas injectáveis (UDI)
- Trabalhadores(as) de sexo homens e mulheres (TSEX)
- Mulheres transgênero (TRANS)
- Homens que praticam sexo com homens (HSH)

O compêndio documentará e divulgará práticas programáticas, boas e promissoras para a integração do género em programas para PMRs e irá centrar-se em programas na Europa Oriental e Ásia Central, no Médio Oriente e Norte de África, na América Central e América Latina, e no Sul e Sudoeste Asiático.

Estamos à procura de programas que incorporem uma compreensão do modo como as normas de género influenciam os comportamentos de risco assim como o acesso e a utilização de programas e serviços de prevenção, atenção, apoio e tratamento ao VIH. Os programas podem utilizar diversos métodos para abordar ou influenciar normas de género, incluindo, mas não se limitando a:

Aumento da equidade de género e do acesso a programas e serviços relativos ao VIH:

- Realizar estudos para compreender as necessidades únicas dos homens e das mulheres que injectam drogas, TRANS ou homens e mulheres trabalhadores do sexo, e adaptar serviços para abordar estas necessidades.
- Desagregar dados por beneficiários masculinos, femininos e transgênero.

Redução da violência com base no género (VBG) e da coerção:

- Prestar serviços médicos adequados às PMRs a viver situações de VBG, tais como, mas não se limitando a: profilaxia pós-exposição, oferecimento de serviços de testagem, tratamento e referência em em VIH/SIDA e encaminhamento para serviços jurídicos, de aconselhamento e apoio.
- Reforçar políticas/leis e sistemas legais/judiciais para criar desincentivos para os autores de VBG contra PMRs.

Abordagem de normas e comportamentos de género:

- Mudar normas, atitudes e comportamentos que apoiem comportamentos nocivos.
- Promover o envolvimento dos homens no processo de procura de atenção à saúde não só para si próprios, como também para as suas(seus) parceiras(os), que podem ser TSEX, HSH, TRANS ou UDI (ou seja, prevenção da transmissão de mãe para filho, rastreio do VIH e aconselhamento, atenção e tratamento do VIH, etc.).
- Formar TRANS e homens e mulheres trabalhadores do sexo no sentido de negociarem o uso do preservativo com clientes e parceiros íntimos.

Aumento dos direitos legais e da protecção:

- Mudar normas, atitudes e crenças que apoiam a discriminação contra os direitos legais e a protecção das PMRs.
- Aumentar o conhecimento da existência de leis que protegem os direitos das PMRs.
- Defender a aplicação de políticas e leis anti-discriminação.

Aumento do acesso a rendimento e recursos produtivos:

- Criar oportunidades para trabalhadores do sexo homens, mulheres e TRANS e UDIs para buscar a obtenção de competências e educação.
- Remover barreiras legais para PMRs no que respeita a emprego, controlo de recursos, direito de propriedade e acesso a crédito.

Para indicar um programa (ou para mais informações), envie o nome, a informação de contacto e uma ou duas frases que expliquem a razão da indicação para a pessoa adequada (veja abaixo). Talvez possamos entrar em contacto consigo para mais algumas perguntas sobre o programa. O AIDSTAR-One contactará o programa para informações mais detalhadas mediante a utilização de um questionário normalizado.

ÁSIA: Kai Spratt (kspratt@jsi.com)

EUROPA ORIENTAL e CENTRAL, e MÉDIO ORIENTE E NORTE DE ÁFRICA:

Diane Gardsbane (dgardsbane@encompassworld.com)

AMÉRICA LATINA E CARIBE: Myra Betron (mbetron@icrw.org)

ANEXO 2:

QUESTIONÁRIO AIDSTAR-ONE PARA IMPLEMENTADORES DE PROGRAMAS

Integração de Estratégias de Género em Programas Relativos ao VIH para as Populações de Maior Risco

1. Principal organização de	Escreva o nome completo da sua organização.
2. Informação de contacto	a. Pessoa(s) de contacto: b. Telefone/e-mail:
3. Descreva-nos a sua organização. Por exemplo, como foi fundada e de que modo evoluiu	*Utilize todo o espaço necessário para descrever a sua organização.*
4. Nome do programa/projecto com populações de maior risco	Escreva o nome completo do programa/projecto que a sua organização está a implementar para as populações de maior risco (PMRs).
5. Organização(ões) parceira(s)	a. Com que outras organizações colabora para implementar o programa para PMRs? b. Marque aqui caso não haja outras organizações
6. Região	Onde está o programa implementado? -América Central -América do Sul -Europa Oriental -Médio Oriente/N. de África -Sul Asiático -Sudeste Asiático
7. País ou países	Lista de países onde o programa está implementado (assinale √ todos os países aplicáveis).

8. Nível de implementação	Em que nível é implementado o programa para PMRs? (assinale √ todos os níveis aplicáveis) - Nacional - Provincial/Estatal - Distrital - Comunitário Outro:
9. Cenário	Em que cenário é implementado o programa (assinale √ todos os cenários aplicáveis) - Zona urbana - Zona peri-urbana - Zona rural Outro:
10. Ambiente	Onde está o programa implementado? (assinale √ todos os ambientes aplicáveis) - Nível comunitário - Clínica ou outras instalações/de saúde - Centro de acolhimento - Locais de trabalho sexual - Escolas - Local de trabalho Outro:
11. Populações-alvo	a. A que grupo etário se destina o vosso programa para PMRs? (assinale √ todas as populações-alvo aplicáveis) - Adultos (com idades superiores a 18 anos) - Adolescentes (13–17 anos) b. A que populações de maior risco se destina o vosso programa? (assinale √ todas as aplicáveis) Trabalhadores do sexo (TSEX) - Trabalhadoras do sexo Mulheres - Trabalhadores do sexo Homens Trabalhadores do sexo Transgêneros Utilizadores de drogas injectáveis (UDI) - Homens apenas - Mulheres apenas - Homens e mulheres - Homens que praticam sexo com homens (HSH) - Pessoas transgênero (TRANS) - Clientes dos(as) trabalhadores(as) do sexo - Parceiros(as) sexuais de TSEX, UDI, HSH, pessoas TRANS Outra:
12. Data de início do programa	Indique o mês (se souber) e o ano de início do programa.

13. Âmbito	Quantos indivíduos foram abrangidos pelo vosso programa em 2009? - <100 - 100–500 - 500–1.000 - 1.000–5.000 - 5.000-10.000 - 10.000-25.000 - 25.000–50.000 - >50.000 - Não sei/não tenho a certeza
14. Parceria governamental	Com que nível do governo a sua organização trabalha para implementar o programa para PMRs? (assinale √ todas as parcerias aplicáveis) - Nacional - Provincial/Estatal - Distrital - Municipal/Urbano - Outra: - Não trabalhamos com o governo Descreva o envolvimento do governo no programa:
15. Participação de grupo(s)-alvo(s)	*Utilize todo o espaço necessário.* a. Descreva o modo como a(s) população-alvo/populações-alvo estiveram envolvidas na <u>concepção</u> do programa: b. Descreva o modo como a(s) população-alvo/populações-alvo estão actualmente envolvidas na <u>implementação</u> do programa?
16. Estratégia de género	Que estratégia/estratégias de género está o vosso programa a integrar nas respectivas actividades: (assinale √ todas as estratégias aplicáveis) - Aumento da equidade de género e do acesso a programas e serviços relativos ao VIH - Redução da violência e da coerção - Abordagem de comportamentos e normas de género nocivos - Aumento dos direitos legais e da protecção - Aumento do acesso a rendimento e recursos produtivos Outra:
17. Assistência técnica	A sua organização recebeu alguma formação ou assistência técnica (AT) sobre como integrar as estratégias de género no vosso programa para PMRs? - Sim - Não - Não tenho a certeza/Não sei *Utilize todo o espaço necessário* Se respondeu SIM: Quem prestou AT? Quantas vezes foi prestada AT ou formação sobre género à sua organização? Na sua opinião, a AT foi suficiente ou é necessária mais?

18. Integração da estratégia	*Utilize todo o espaço necessário.* Descreva o modo como estão a integrar a estratégia de género escolhida na pergunta 16 no vosso programa, ou seja, que práticas ou actividades estão utilizando para integrar o género no vosso programa? POR EXEMPLO: 1) formação dos profissionais de saúde sobre como identificar indícios de violência e coerção contra trabalhadores(as) do sexo; 2) patrocínio de grupos de apoio de pares distintos para mulheres e homens utilizadores de drogas injectáveis; 3) defesa da aplicação das leis que protege os direitos humanos dos vossos(as) beneficiários(as); 4) realização de sessões comunitárias com HSH para reflexão sobre o modo como as normas de género masculinas influenciam o seu comportamento de risco face ao VIH.
19. Escolha da prática	*Utilize todo o espaço necessário para descrever.* Porque decidiu a sua organização implementar esta(s) prática(s) particular(es) ou actividade(s)?
20. Objectivos da prática	*Utilize todo o espaço necessário.* Enumere um ou mais objectivos que esperava alcançar através da implementação da(s) prática(s) ou atividade(s).
21. Inovação	*Utilize todo o espaço necessário.* a. O modo como as práticas ou actividades estão a ser implementadas mudou desde que começaram a ser introduzidas no vosso programa? Em caso afirmativo, de que modo? Que inovações foram introduzidas? b. Que práticas ou actividades foram descontinuadas e porquê?
22. Desafios na implementação de estratégias e/ou práticas de género	*Utilize todo o espaço necessário:* Descreva todos os desafios encontrados durante a implementação das práticas ou actividades no domínio do género e o modo como a sua organização tentou abordar os desafios.
23. Resultados dignos de menção	*Utilize todo o espaço necessário*: Que resultados obteve o vosso programa como consequência da introdução da estratégia de género (POR EXEMPLO: 80% dos HSH vistos nas clínicas de saúde pública não estão a ser rastreados no que respeita a violência com base no género)?
24. Colaboração	*Utilize todo o espaço necessário.* Está a trabalhar com outros projectos ou programas para coordenar ou complementar as estratégias de género? Indique o nome de outros projectos/programas e descreva o modo como colabora com cada projecto/programa.
25. Lições aprendidas	*Utilize todo o espaço necessário.* Que lições aprendeu dos esforços da sua organização para introduzir estratégias de género nas actividades do vosso programa?

26. Conselho para outras organizações	*Utilize todo o espaço necessário.* Que conselho daria a outras organizações que estejam a tentar integrar o género nos respectivos programas com populações-alvo semelhantes?
27. Monitorização	a. Que medidas ou indicadores estão a ser utilizadas(os) para apurar os resultados da(s) prática(s) no domínio do género que a sua organização está a implementar? (escreva por extenso indicadores específicos) b. Já foi feita alguma avaliação do programa desde que introduziram as práticas de género no vosso programa? Sim Não c. Se respondeu Sim, quem realizou a avaliação? d. Se respondeu Não, está planeada alguma avaliação para 2010?
28. Sustentabilidade	a. Futuramente, a sua organização continuará a integrar o género em suas actividades? - Sim - Não *Utilize todo o espaço necessário.* b. Se respondeu Não, porque não? c. De que modo os doadores/fianciadores apoiaram os esforços envidados pela sua organização para incorporar o género nas actividades do vosso programa?
29. Replicação	*Utilize todo o espaço necessário.* De que tipo de formação ou recursos necessitariam outras organizações para replicar/adaptar as práticas que a sua organização tem estado a utilizar para integrar o género nos respectivos programas?
30. Outros programas	*Utilize todo o espaço necessário.* Pode-nos recomendar outras organizações que estejam a integrar o género no respectivo trabalho com PMRs? Por favor, indique o nome do programa, a pessoa de contacto e a informação de contacto destes programas, para que os possamos contactar.
31. Outros comentários	Adicione outros comentários ou observações.

Obrigado por ter partilhado a sua experiência connosco. A informação fornecida será extremamente útil na documentação do modo como a sua organização está a integrar o género no vosso trabalho com as populações de maior risco

SECÇÃO II

Por favor, partilhe os documentos de apoio que se seguem, se disponíveis (anexo de e-mail ou link). **Indique, caso não estejam disponíveis.**

Documentação de Apoio	**Nome do Documento**
Plano de Monitorização do Programa com os dados de relatório mais recentes (indicadores do programa)	- Anexado/link:_ - Não disponível
Plano de Melhoria da Qualidade (documento do programa)	- Anexado/link: - Não disponível
Planos de Trabalho e/ou Revisões Anuais (bimestrais, semi-anuais, anuais ou outros relatórios que documentem pelo menos dois anos de experiência de implementação do programa)	- Anexado/link: - Não disponível
Relatório da Avaliação (avaliação cumulativa, parical ou final do projecto, especificando os resultados e identificando os efeitos positivos)	- Anexado/link: - Não disponível
Relatório da Avaliação Externa (com metodologia rigorosa de avaliação)	- Anexado/link: - Não disponível
Histórias de Sucesso Publicações relativas à prática (ou seja, artigos submetidos a revisão por pares, relatórios encomendados, manuais, ferramentas)	- Anexado/link: - Não disponível
Imagens que gostaria de partilhar	- Anexado/link: - Nenhumas

ANEXO 3:

AVALIAÇÃO DE PRÉ-CLASSIFICAÇÃO DE PROGRAMAS RELATIVOS AO VIH PARA AS POPULAÇÕES DE MAIOR RISCO

Nome do Programa:					
País:					
Organização Implementadora:					
População-alvo: *(Assinale com um círculo todas as aplicáveis)*	HSH	UDI: Homens Mulheres	TRANS	Trabalhadores do Sexo: Mulheres Homens TRANS	
Tipo de Programa em VIH: *Assinale com um círculo apenas uma resposta*	Prevenção	Atenção	Tratamento	Atenuação	Outro (descreva)
Perguntas:					
Comentários adicionais:					

Critérios para a Avaliação de Pré-classificação de Programas que Abordam o Género no Contexto de Programas de VIH para PMRs

Critério	Nível 1						Nível 2						Nível 3						Comentários[9]
Abrangência da abordagem das estratégias de género	Aborda uma estratégia de género						Aborda duas estratégias de género						Aborda três (ou mais) estratégias de género						
Nota: Sob cada estratégia, classifique a intensidade das actividades que abordam especificamente a estratégia, como se segue: (0 = não aborda; B = baixa intensidade; A = alta intensidade[10])	FA[11]	VBG	NG	PL	RRP	O[12]	IA	VBG	NG	PL	RRP	O	IA	VBG	NG	PL	RRP	O	

[9] Na coluna de comentários, forneça qualquer esclarecimento necessário relativamente às suas descrições (ou seja, para a linha um, podia fornecer mais informações especificamente sobre o modo como o projecto indirectamente abordou uma determinada estratégia e/ou fornecer uma avaliação da qualidade das actividades, etc.).

[10] Mais especificamente, se o programa não abordasse uma determinada estratégia, receberia um zero. Se a estratégia fosse abordada por meio de actividades de baixa intensidade (ou seja, por meio de ligações/encaminhamentos para outras organizações a trabalhar directamente para abordar essa estratégia ou abordar directamente mas apenas numa sessão, etc.), receberia um "B". Se o programa abordasse a estratégia por meio de actividades de alta intensidade, receberia um "A".

[11] IA = Equidade e acesso a serviços; VBG = Redução da violência com base no género e a coerção; NG = Abordagem de comportamentos e normas de género; PL = Aumento da protecção legal; RRP = Aumento do acesso a rendimento e recursos produtivos; O = Outra estratégia de género (ou seja, abordagem da equidade de género, etc.)

[12] Note que a estratégia de género "outro" se encontra na caixa de comentários.

Nível de Avaliação	Dados formativos recolhidos e/ou pelo menos um ano de monitorização do alcance do programa	Moderadamente rigoroso: fraca concepção da avaliação que pode ser mais descritiva do que analítica; dados quantitativos com falta de um dos elementos necessários para o nível 3, pode incluir dados qualitativos assistemáticos	Extremamente rigoroso: pré/pós e/ou com grupo de controlo ou dados de série temporais e/ou dados qualitativos sistemáticos com debate analítico claro	
	Descreva:	*Descreva:*	*Descreva:*	
Resultados do programa	Recolha ou planeamento para recolha de indicadores de género	Análise conduzida ou em curso sobre indicadores de género (os resultados podem estar pendentes)	Demonstrou uma mudança positiva no que respeita a indicadores de género (com base em dados qualitativos ou quantitativos)	
	Descreva:	*Descreva:*	*Descreva:*	
	O envolvimento dos intervenientes é demonstrado nos objectivos e metas do programa ou nas descrições do projecto	A participação dos intervenientes no programa é evidente (comunidade ou participantes envolvidos na concepção, implementação e *feedback*)	O nível de envolvimento dos intervenientes com o programa é elevado (contribuição de recursos comunitários; apoio financeiro claro)	
	Descreva:	*Descreva:*	*Descreva:*	

Viabilidade para replicação/expansão *Nota: deveríamos manter um controle sobre o que pomos nos níveis 1 e 2, para que possamos decidir se estes critérios são adequados.* Dados do programa desagregados por género? Alguma mensuração de alterações nas normas de género, etc.?	Planeamento para replicar ou explorando possibilidades	Os dados indicam que o programa é adequado para replicação/expansão; lições para replicação/expansão disponíveis	O programa ou parte do programa foi replicado e/ou expandido com êxito	
	Descreva:	*Descreva:*	*Descreva:*	
	Sim Não	*Sim Não*	*Sim Não*	
	Sim Não	*Sim Não*	*Sim Não*	

ANEXO 4:

CLASSIFICAÇÃO FINAL DO PROGRAMA

Nome do Programa:

País:

Classificação Final: Tipo de Programa:

Organização Implementadora:

Pessoa de Contacto:

Endereço de E-mail:

Critérios de Classificação PARA **Programas que Abordam Factores de Género no Contexto de Programas em VIH para PMRs**

Critério	**Nível 1**	**Nível 2**	**Nível 3**	**Classificação Final**	**Comentários**
Abrangência da abordagem das estratégias de	Aborda uma estratégia de género 1	Aborda duas estratégias de género 2	Aborda três ou mais estratégias de género 3		
Nível de Avaliação	Dados formativos recolhidos e/ou pelo menos um ano de monitorização do alcance do programa 1	Moderadamente rigoroso: fraca concepção da avaliação que pode ser mais descritiva do que analítica; dados quantitativos com falta de um dos elementos necessários para o nível 3, pode incluir dados qualitativos assistemáticos 2	Extremamente rigoroso: pré/pós e/ou com grupo de controlo ou dados de série temporais e/ou dados qualitativos sistemáticos com debate analítico claro 3		
Resultados do programa em matéria de género	Recolha ou planeamento para recolha de indicadores de género 1	Análise conduzida ou em curso sobre indicadores de género (os resultados podem estar pendentes) 2	Demonstrou uma mudança positiva no que respeita a indicadores de género (com base em dados qualitativos ou quantitativos). 3		
Sustentabilidade	O envolvimento dos intervenientes é demonstrado nos objectivos e metas do programa ou nas descrições do projecto 1	A participação dos intervenientes no programa é evidente (comunidade ou participantes envolvidos na concepção, implementação e *feedback*) 2	O nível de envolvimento dos intervenientes no programa é elevado (contribuição de recursos comunitários; apoio financeiro claro) 3		
Viabilidade para replicação/expansão	Planeamento para replicar ou explorando possibilidades 1	Os dados indicam que o programa é adequado para replicação/expansão; lições para replicação/expansão disponíveis 2	O programa ou parte do programa foi replicado e/ou expandido com êxito 3		
Classificação Final (possível 15)					

AIDSTAR-One
John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 ESTADOS UNIDOS
Telephone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Email: info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com