

DO SILÊNCIO E DO TABU A UMA REALIDADE ALARMANTE



Conhecimentos, Atitudes
e Práticas no contexto da
Saúde Sexual e Reprodutiva
em Moçambique

Pesquisa de Audiência realizada
em Maputo, Manica e Nampula



Maputo, Outubro 2011





DO SILÊNCIO E DO TABU A UMA REALIDADE ALARMANTE

Conhecimentos, Atitudes
e Práticas no contexto da
Saúde Sexual e Reprodutiva
em Moçambique

Pesquisa de Audiência realizada
em Maputo, Manica e Nampula

Maputo, Outubro 2011

Grupo de referência da N'weti

Denise Namburete
Eduardo Costa
Sansão Dumangane
Marçal Monteiro

Equipa de Pesquisa

Emídio Gune (Coordenação geral)
Aurelio Miambo, Fernando Tivane & Emídio Gune (Pesquisadores – Magude & Namaacha)
Farook Aboobakar (Pesquisador – Machipanda, Manica & Chimoio)
João Nobre & Aurélio Miambo (Pesquisadores – Nampula cidade & Nacala-Porto)
Maria Teresa António (Assistente de pesquisa)
Celso Give (Assistente de pesquisa)
Samira Victor (Assistente de pesquisa)
Lopes Benigna (Assistente de pesquisa)
Moisés Nhantumbo (Assistente de pesquisa)
Raimundo Nhamssumbe (Assistente de pesquisa)
Chelsea Langa (Assistente de pesquisa)

Relatório preparado para a:



Índice

Agradecimentos.....	3
Lista de abreviaturas.....	4
Sumário Executivo.....	5
I. Introdução.....	8
1.1. O contexto político da Saúde Sexual, Reprodutiva e Direitos em Moçambique.....	8
1.2. Antecedentes e objectivos da pesquisa de audiência.....	9
1.3. Conceitos chave.....	9
II. Método.....	11
2.1. O processo de recolha de dados.....	11
2.1.1. As discussões em grupo focal.....	11
2.1.2. As entrevistas individuais em profundidade.....	13
2.2. Considerações éticas.....	15
2.3. Processamento e análise de dados.....	15
III. Principais características dos locais de pesquisa e da audiência.....	16
3.1. Alguns dados dos locais de pesquisa.....	16
3.2. Principais características da audiência.....	18
3.2.1. Os jovens.....	18
3.2.2. Pais e outros adultos que orientam os jovens.....	20
3.2.3. Grupos de alta mobilidade.....	21
3.2.4. Provedores de serviços de saúde.....	23
IV. Provedores formais e provedores tradicionais de serviços de SSR.....	24
4.1. Serviços e informação disponibilizados pelos provedores.....	24
4.1.2. Provedores formais.....	24
4.1.3. Provedores tradicionais.....	25
4.2. Percepções dos jovens sobre a relevância dos serviços e da informação.....	36

V. Conhecimentos, atitudes e práticas relativas a sexualidade e a gravidez.....	28
5.1. Promoção de saúde sexual e reprodutiva nas comunidades.....	28
5.2. Aspectos que contribuem para práticas sexuais e reprodutivas saudáveis.....	29
5.3. Barreiras que limitam uma saúde sexual e reprodutiva adequada.....	31
5.4. Normas de gênero e a promoção de saúde sexual e reprodutiva saudáveis.....	36
VI. Influência da população de alta mobilidade sobre a SSR.....	39
VII. Conclusões e recomendações.....	41
7.1. Conclusões.....	41
7.2. Recomendações.....	44
Referências.....	46

Agradecimentos

A todos os jovens, pais e encarregados de educação e outras pessoas responsáveis por direccionar os jovens; aos provedores de serviços de saúde sexual e reprodutiva por terem partilhado suas experiências, e tornado esta pesquisa uma realidade.

A todas instituições que contribuíram para a realização desta pesquisa de audiência, seja dando autorização para que os dados fossem recolhidos ou fornecendo dados para o mesmo.

Agradecimentos extensivos para Nárcia Manjate, em Nampula, e Zainabo Issufo em Nacala-Porto, ao Arlindo e a Talita em Magude, Arsénio em Namaacha pelo apoio prestado desde a preparação do trabalho de campo até a recolha de dados.

Lista de abreviaturas

AMODEFA	Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família
AMETRAMO	Associação Moçambicana de Médicos Tradicionais
CIPAD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CPN	Consulta Pré - natal
DSR	Direitos Sexuais e Reprodutivos
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HAI	Health Alliance International
HSH	Homens que fazem Sexo com outros Homens
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSIDA	Inquérito Nacional sobre Prevalência do SIDA
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAM	População de Alta Mobilidade
PF	Planeamento Familiar
PGB	Programa Geração Biz
PSI	Population Service International
PVHS	Pessoas que vivem com o HIV ou com o SIDA
SAAJ	Serviços Amigáveis de Adolescentes e Jovens
SIDA	Síndrome de imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno Infantil
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
STV	Soico televisão
TARSC	Trainning and Research Support Center
TVM	Televisão de Moçambique
UA	União Africana
US	Unidade Sanitária
VBG	Violência Baseada no Género

Sumário Executivo

A N'weti pretende implementar uma intervenção para a mudança social e de comportamento com enfoque na área de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) para adolescentes e para jovens. A materialização da iniciativa passa pela produção de materiais e informação que vão alimentar os três pilares da organização, nomeadamente: multimédia, mobilização social e advocacia.

Com vista a operacionalizar essa iniciativa a N'weti conduziu uma análise documental sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) e sobre DSR entre populações de alta mobilidade, com enfoque para o contexto e quadro legal actuais. Com base nessa análise foram definidas algumas áreas de intervenção e principais tópicos a tomar em consideração na pesquisa de audiência. Porém, antes de iniciar a sua intervenção, a N'weti decidiu conduzir uma pesquisa de audiência para caracterizar necessidades e especificidades dos grupos alvo, incluindo grupos de alta mobilidade, em matéria relacionada com DSR para jovens de ambos os sexos. A pesquisa foi realizada em Nampula cidade e Nacala-Porto, em Nampula; Chimoio, Manica e Machipanda, em Manica, e Magude e Namaacha na província de Maputo.

Como resultados, a presente pesquisa identificou quatro segmentos de audiência que pese embora frequentemente o mesmo espaço e algumas vezes se relacionam entre si e habitem esses mesmos espaços, apresentam características diferentes. O primeiro grupo é constituído pelos jovens; o segundo pelos pais, encarregados de educação e outros adultos responsáveis por encaminhar a vida sexual e reprodutiva dos jovens; o terceiro segmento é constituído por grupos de alta mobilidade, e o quarto segmento é constituído por provedores de serviços de SSR.

Em termos de provisão de serviços, a nível formal existem as unidades sanitárias (US's), os Serviços Amigáveis de Adolescentes e Jovens (SAAJ's), o Programa geração Biz (PGB) e Organizações Não Governamentais (ONG's) nos quais trabalham ou colaboram enfermeiras(os), médicas(os), conselheiras(os) activistas e educadores de pares que prestam serviços na área de SSR. Nas US's e em algumas ONG's estão disponíveis informação, aconselhamento, testagem para Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e, seguimento, cuidados pós aborto, cuidados pós parto e Consulta Pré-Natal (CPN). Outras ONG's, os SAAJ's e as componentes escolar e comunitária do PGB oferecem serviços de PF (sobretudo as ONG's) assim como os serviços de prevenção de ITS e referem os seus grupos-alvo para as US's para testagem de ITS e HIV e respectivo seguimento. Por seu turno, os activistas e os educadores de pares disseminam informação relativa a SSR.

A nível da comunidade, adultos são responsáveis pela educação sexual e reprodutiva dos jovens. Contudo, as raparigas são as que recebem informação sobre os dois assuntos, sexualidade e procriação, enquanto os rapazes recebem apenas informação relativa a sexualidade, quando a recebem. Ainda a nível da comunidade, curandeiros, parteiras tradicionais, *shehes* e *maziones*, e de acordo com a sua preponderância no local, prestam serviços ligados a sexualidade e procriação, com destaque para oferta de medicamentos que facilitaríamos ou tornariam possível o processo de engravidar ou, de forma contrária, a contracepção.

De um modo geral, os jovens acham que a informação que eles recebem dos diversos provedores disponíveis são relevantes para eles, uma vez que lhes ensinam coisas que eles antes não sabiam. Quanto aos serviços, os jovens referem que em algumas ocasiões se

sentem desconfortáveis em dirigir-se a uma US em busca de serviços ou informação, por receio baseado em experiências anteriores, pessoais ou de seus pares, de ser hostilizado uma vez lá chegado.

Em termos de canais de comunicação, a televisão e a rádio são os meios mais acessados pelos jovens. De forma complementar, palestras, teatro comunitário, a chamada educação face a face, cartazes e folhetos são outros canais que têm sido usados para alcançar esses jovens. Em termos de conteúdos, os materiais disponibilizados centram-se em aspectos como transmissão e prevenção para situação de penetração pénis-vagina, testagem e tratamento para HIV, e esporadicamente e de forma genérica abordam aspectos ligados a ITS. Intervenções na área da reprodução são escassas, excepção feita da promoção e disponibilização do preservativo masculino, com o seu efeito de dupla protecção, nomeadamente para a prevenção da gravidez e de HIV e ITS.

De um modo geral, a nível das comunidades, a sexualidade e a reprodução são tidas como direitos inerentes as pessoas, desde que sejam praticados dentro das regras aceites no local. No caso da sexualidade, em Nampula e Nacala-Porto, a passagem pelos ritos de iniciação confere legitimidade para o iniciado entrar para a vida sexual. Diferentemente, nos outros locais é a idade que é tida como marcadora da fase na qual já se torna legítima que essa pessoa se envolva em relações sexuais. Quanto a procriação, em todos os locais se espera que ela ocorra numa relação socialmente reconhecida pelos membros das famílias envolvidas.

As comunidades promovem, das mais variadas formas, a SSR dos jovens. Em alguns locais, como em Nampula e em Nacala-Porto, os adolescentes são enviados para os ritos de iniciação onde são introduzidos a matérias sobre sexualidade e sobre saúde sexual, para os rapazes, e sobre higiene do corpo, sexualidade e reprodução, para as raparigas. Ainda a nível das comunidades, circulam valores que contribuem para proteger a saúde da mulher grávida, bem como para que aquela tenha uma gravidez tranquila.

Quanto a factores que contribuem para a adopção de práticas que promovem uma sexualidade e uma reprodução saudáveis, destaca-se a disponibilidade de preservativos percebidos como sendo de boa qualidade o que motiva os jovens para o seu uso. Quanto a gravidez, existem valores que promovem a fidelidade bem como restringem práticas sexuais durante esse período, o que pode contribuir para reduzir o risco de infecções nesse período, com benefício para a saúde da mãe e da criança. Adicionalmente, existe um conjunto de restrições e obrigações que concorrem para melhorar a qualidade de vida da mulher grávida e seu bebé.

De forma oposta, existem factores que contribuem para reduzir a qualidade da SSR. Por exemplo a disponibilidade de preservativos percebidos como tendo baixa qualidade, contribui para legitimar o seu não uso. Em todos os locais visitados, a captação e tratamento de pessoas com resultado positivo para ITS ou HIV é bastante baixo. Esses dois aspectos contribuem para a contínua propagação de ITS e HIV. Em alguns locais a hostilidade que as jovens enfrentam quando elas engravidam contribui para que elas escondam a gravidez ou recorram a abortos inseguros.

Uma outra barreira resulta do facto de parte considerável de estrangeiros residentes, sobretudo aqueles em situação ilegal, não terem acesso a serviços formais de SSR, o que pode estar a contribuir para a ocorrência de ITS sem tratamento adequado. De forma complementar, o facto de grupos de alta mobilidade não terem serviços disponíveis nos locais de trânsito ou de concentração pode estar a concorrer para que estes não tenham acesso aos mesmos.

Na área da saúde reprodutiva, o facto de em alguns locais as jovens usarem diversos produtos e soluções para aumentar o atrito no canal vaginal pode contribuir para criar infecções e lesões internas com possíveis complicações futuras na saúde reprodutiva dessas mulheres.

Quanto a normas de género, o facto de as jovens serem as únicas detentoras de informação sobre reprodução contribui para manter os jovens afastados dos esforços de prevenção de uma gravidez, bem como de cuidar dela. De forma complementar, a inexistência de serviços que respondam a necessidades específicas dos jovens em matéria de SSR contribui para reproduzir o estereótipo segundo o qual só as mulheres podem dirigir-se à US em busca desses serviços.

Os dados do estudo permitem concluir que a influência da população de alta mobilidade na dinâmica da SSR varia com o facto de os grupos de alta mobilidade assumirem ou não medidas preventivas de forma enérgica e as intervenções que tenham sido implementadas no local. Assim, intervenções consistentes na área da SSR e a existência de grupos de alta mobilidade que insistem em adoptar medidas preventivas contribuem para uma crescente adopção dessas medidas. De forma contrária, onde existam populações de alta mobilidade que não assumam medidas preventivas, facilmente elas ficam sem ser adoptadas, expondo tanto as populações residentes permanentemente como as em trânsito a um risco acrescido de infecções por ITS e por HIV. Esta situação contribui para a ocorrência de gravidezes não planificadas, que por sua vez levam a abortos clandestinos, na sua maioria, com consequências que vão desde a morte da adolescente ou da jovem até a problemas no aparelho reprodutivo.

Os resultados do presente estudo vêm mais uma vez lembrar a necessidade de se adoptar uma abordagem integrada de direitos sexuais e reprodutivos baseada no respeito mútuo. Como parte da integração torna-se importante capitalizar os recursos cognitivos em uso nas comunidades e que são favoráveis a uma sexualidade e a uma SSR saudáveis, lembrando, porém, de acrescentar os elementos considerados relevantes numa relação de respeito mútuo.

Uma tal abordagem potenciaria mais e melhor conhecimento para os jovens, uma vez que os mesmos teriam nas comunidades e nos provedores formais, instituições a trabalharem com os mesmos propósitos e de forma combinada. Adicionalmente, uma tal abordagem potenciaria sustentabilidade das acções, uma vez que as pessoas que orientam a sexualidade dos jovens estão na comunidade, estas estariam melhor habilitadas para com eles dialogar em sintonia com a informação fornecida pelos provedores formais.

I. Introdução

1.1. O contexto político da Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos em Moçambique

A nível mundial, aspectos de DSR dos adolescentes têm vindo a ganhar cada vez mais atenção. Esse interesse é em parte motivado pela preocupação com o número crescente de ITS e HIV e de problemas sexuais e reprodutivos associados que afectam esse grupo populacional, de entre os quais se destacam gravidezes não planificadas, abortos e complicações resultantes desses abortos ou de gravidezes não planificadas. Para reverter esse cenário, nos últimos anos têm estado a ser produzidos vários instrumentos internacionais e regionais que visam promover a SSR.

A nível internacional, destacam-se a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPAD), ocorrida no Cairo em 1994, seguida pela Conferência de Beijing em 1995, onde nasceram as sistematizações da relevância dos DSR (Ibrahim 2007). Em cumprimento das decisões tomadas nesses dois encontros, vários tratados e declarações foram surgindo a nível internacional e regional. A nível regional, a União Africana (UA) lançou o repto aos Estados membros para colocarem a questão dos DSR no centro de suas atenções tendo elaborado o “Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro de Política Continental para a Saúde e DSR 2007 - 2010” (UA 2006).

Em linha com as orientações da UA, o governo de Moçambique reconhece a importância de uma abordagem de direitos para melhorar a Saúde Materno-Infantil, e reconhece a dimensão multisectorial que envolve o assunto, tendo mesmo advogado por uma abordagem multisectorial para o reforço das leis, políticas e padrões de cuidados (MISAU 2006).

Moçambique ratificou algumas dessas recomendações, pese embora tenha por ratificar algumas outras, como a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a Protecção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das suas famílias, que refere no seu artigo 23 que “...trabalhadores migrantes e os membros de suas famílias devem ter o direito de receber tratamento médico que seja urgentemente requerido para a preservação das suas vidas ou para evitar danos irreparáveis à sua saúde” (IOM, 2007: 9). Adicionalmente, está também por ratificar a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (ICESCR), que reconhece no seu artigo 12 o direito de todos gozarem de altos padrões de assistência médica, incluindo a prevenção, o tratamento e o controlo de doenças ocupacionais, epidémicas e endémicas, e a criação de condições para garantir o acesso a todos os serviços médicos e atenção em situação de doença (IOM, 2007: 9).

Apesar desses pendentes, Moçambique tem estado a dar passos significativos rumo ao acesso de informação e serviços de SSR para adolescentes e para jovens. Assim, de um contexto no qual apenas pessoas casadas tinham acesso a serviços de contracepção, na década 80, não existiam serviços de aborto seguro, o país passou a contar na década 90 serviços de aborto seguro e os adolescentes começaram a beneficiar de serviços de SSR. Mais recentemente foram aprovadas a “Estratégia de redução do HIV e SIDA no sector da educação” (MEC 2003) que inclui aspectos de SSR e a Estratégia de Planeamento Familiar (PF) (MISAU 2010). Adicionalmente, foram criados mecanismos multisectoriais, como o PGB, que visam prover informação e serviços de SSR para adolescentes e para os jovens dentro e fora da escola. Apesar desses avanços, em Moçambique, adolescentes e jovens continuam a enfrentar dificuldades e problemas de SSR.

1.2. Antecedentes e objetivos da pesquisa de audiência

Dados recentes do MISAU indicam prevalências elevadas de infecções por ITS e pelo HIV entre jovens de áreas urbanas e escolarizados e baixas taxas entre jovens de áreas rurais com baixas taxas de escolarização (MISAU *et al* 2011). A existência de grupos de alta mobilidade motivada pelas dinâmicas dos corredores de desenvolvimento tem sido apontada como uma das principais causas que das altas taxas em meios urbanos. E de forma contrária, a existência de estruturas comunitárias sólidas nas áreas rurais tem sido apontada como estando a contribuir para as baixas taxas de infecção nessas áreas (N'weti 2011a; N'weti 2011b).

Para além das altas taxas de infecção por ITS e pelo HIV os dados do MISAU apontam ainda para baixas taxas de uso de contraceptivos por parte dos jovens, o que os expõe ao risco de gravidezes não planejadas. Parte dessas gravidezes terminam em abortos com consequências como a morte da mulher ou futuros problemas reprodutivos (N'weti 2011a; N'weti 2011b).

Contribuindo nos esforços para a redução de ITS e HIV e gravidezes não planejadas, bem como para promover a SSR dos jovens, a N'weti pretende desenhar uma estratégia de comunicação para mudança de comportamento para jovens. A referida intervenção na área de mudança de comportamento em matéria de SSR é parte das atribuições definidas no Plano Estratégico da organização para o período 2011-2015. Ao trabalhar com esses jovens, a N'weti espera contribuir para melhorar a qualidade e disponibilidade da informação sobre SSR o que possibilitará que esses jovens façam escolhas informadas a favor da sua saúde.

Porém, e de modo a que a sua estratégia seja eficiente e eficaz, a N'weti decidiu levar a cabo uma pesquisa de audiência que irá informar essa estratégia, garantindo que ela responde as necessidades e problemas específicos dos futuros grupos-alvo. Este relatório retrata os procedimentos metodológicos adoptados para a condução desta pesquisa, bem como os principais resultados, seguidos das conclusões e recomendações.

1.3. Conceitos-chave

De modo a permitir uma melhor compreensão dos leitores, passamos a definir alguns conceitos-chave usados ao longo do presente relatório, nomeadamente Saúde Sexual e Reprodutiva, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e População de Alta Mobilidade. A Saúde Reprodutiva foi definida como sendo

"[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica portanto que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos de planeamento familiar de sua escolha [...] que não sejam contra a lei [...]". (Nações Unidas, 1994, parágrafo 7.2: 41) (<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm>)

Quanto aos direitos reprodutivos, estes englobam certos direitos humanos já reconhecidos em documentos internacionais de direitos humanos e outros documentos consensuais das Nações Unidas. Tais direitos baseiam-se no reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número, o espaçamento e a época de seus filhos, e de ter informação e meios de fazê-lo, assim como o direito de atingir o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva [...] (Nações Unidas, 1994, parágrafo 7.3:41). Estabelecidas estas definições, o mesmo parágrafo determina que a promoção do exercício responsável desses direitos deve ser a base das políticas e programas estatais; fixa o compromisso dos Estados em prol do respeito mútuo e da igualdade entre os gêneros; chama atenção particular para as necessidades dos adolescentes em matéria de ensino e de serviços “para que possam assumir sua sexualidade de modo positivo e responsável” (<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/lindgrenalves/alves.htm>).

Foram definidos como direitos reprodutivos o direito de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (Ministério da Saúde do Brasil 2009: 16). Quanto aos DSR, estes são entendidos como

“...direitos de todas as pessoas de fazer escolhas relativas a sua sexualidade e procriação, independentemente da idade, gênero e outras características, desde que respeitem os direitos dos outros. O DSR incluem o direito ao acesso a informação e serviços que suportem essas escolhas e promovam a SSR“ (Griffin S/D: 1).

Quanto aos direitos sexuais foram definidos o direito de viver e expressar livremente a sexualidade, sem violência, discriminações, imposições e com respeito pelo corpo do (a) parceiro (a); direito de escolher o(a) parceiro (a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito de escolher se quer ou não ter relação sexual, direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; direito de ter relações sexuais independentemente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de ITS/HIV; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação, e direito a informação e à educação sexual e reprodutiva (Ministério da Saúde do Brasil 2009: 16).

Segundo a OMS, é importante que as pessoas tenham o acesso universal a serviços de SSR, o que implica ter acesso a CPN, Perinatal, Pós Parto e cuidados do recém-nascido. Inclui ainda acesso a serviços de PF, eliminação de abortos inseguros, prevenção e tratamento de ITS, HIV, cancro cervical e promoção de uma sexualidade saudável (Griffin S/D: 2). Quanto ao conceito de população móvel, este descreve

“...pessoas que se deslocam de um lugar a outro temporariamente, sazonalmente ou definitivamente, devido a um conjunto de razões de carácter voluntário e/ou involuntário” (ONUSIDA 2001: 3; IOM 2009: 7).

Contudo, e considerando que as pessoas deslocam-se dentro de um país ou entre diversos países, cabem na definição de população móvel deslocados independentemente da sua duração, da sua natureza ou das causas que precipitaram a deslocação, incluindo refugiados. (OIM, 2010: 5).

II. Método

De modo a responder aos propósitos da presente pesquisa foi adoptada uma metodologia de tipo qualitativa. Os dados da presente pesquisa foram recolhidos nos distritos de Namaacha e Magude, na província de Maputo, nos distritos de Chimoio e Machipanda e Manica, na província de Manica e nos distritos de Nampula cidade e Nacala-Porto, na província de Nampula

A selecção desses distritos combina dois elementos, sendo o primeiro a necessidade de ter uma província para cada região do país no Sul (Maputo), Centro (Manica) e Norte (Nampula). O segundo elemento que ditou a selecção desses distritos foi a necessidade de cobrir áreas atravessadas por corredores de desenvolvimento, áreas urbanas e áreas rurais que influenciam de forma diferente as dinâmicas da saúde sexual e reprodutiva em Moçambique, como indicam os dados do MISAU (2009).

Tabela 1. Características dos distritos cobertos

Região	Província	Urbano	Rural	Fronteira/Corredor
Sul	Maputo	-	Magude	Namaacha (Fronteira)
Centro	Manica	Chimoio	-	Machipanda (Fronteira)
Norte	Nampula	Nampula	-	Nacala-Porto (Corredor)

A recolha de dados nesses distritos forneceu detalhes sobre a divisão política e administrativa, o perfil sócio-demográfico, informação sobre serviços e recursos existentes e disponíveis na área da SSR, bem como sobre conhecimentos, percepções e práticas da sexualidade e gravidez nos locais cobertos pela pesquisa. Adicionalmente a esses dados, foram também recolhidos dados sobre a situação de SSR em cada um dos distritos.

2.1. O processo de recolha de dados

Como técnicas de recolha de dados foram utilizadas discussões em grupos focais, entrevistas semi-estruturadas, observação directa e conversas informais, tendo sido elaborados guiões de entrevistas e de discussão em grupos focais e ainda grelhas de observação (Anexos). No total, a pesquisa envolveu duzentos e dezoito (218) participantes, dos quais cento e cinquenta e nove (159) participaram das sessões dos grupos de discussão focal e os restantes cinquenta e nove (59) participaram das entrevistas individuais em profundidade.

2.1.1. As discussões em grupo focal

Quanto aos grupos de discussão focal, foram realizados no total vinte (20) grupos dos quais quinze (15) com jovens, quatro (4) com adultos e um (1) com população de alta mobilidade, como mostram as tabelas que se seguem (Tabelas 2, 3 e 4).

Tabela 2. Grupos de discussão focal - Nampula

Categoria social	Nampula			Nacala			Total
	F	M	FM	F	M	FM	
Jovens (15-24 anos)	1	1	1	1	1	-	5
Pais & encarregados (Pais & Enc)	-	-	1	-	-	-	1
Total	1	1	2	1	1	-	6

Tabela 3. Grupos de discussão focal - Maputo

Categoria social	Magude District			Namaacha			Total
	F	M	FM	F	M	FM	
Jovens (15-24 anos)	1	1	1	1	1	-	5
Pais & encarregados (Pais & Enc)	-	-	1	-	-	-	1
Total	1	1	2	1	1	0	6

Tabela 4. Grupos de discussão focal - Manica

Categoria social	Chimoio			Machipanda			Total
	F	M	FM	F	M	FM	
Jovens (15-24 anos)	1	1	1	1	1	-	5
Pais & encarregados (Pais & Enc)	-	-	1	-	-	1	2
Trabalhadoras de sexo (TS)	-	-	1	-	-	-	1
Total	1	1	3	1	1	1	8

No total, participaram dos grupos de discussão focal cento e cinquenta e nove (159) pessoas, das quais oitenta e oito (88) eram do sexo feminino e as restantes setenta e uma (71) eram do sexo masculino. Cada grupo era composto por uma média de oito (8) participantes. Foram realizados grupos com jovens de idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade, com pais e encarregados de educação de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade e por população de alta mobilidade, nomeadamente trabalhadoras de sexo, comerciantes transfronteiriços (trocaadores de moeda, *mukheristas*) e comerciantes intra-urbanos (vendedores de barracas e de rua).

Para os grupos foram seleccionados participantes com experiências comuns ao tema em análise, permitindo desse modo garantir a homogeneidade do grupo. Os participantes da pesquisa foram seleccionados em colaboração com as autoridades locais (administrativas, tradicionais e religiosas), representantes do sector da educação e ainda do sector de saúde.

As discussões em grupo duraram em média cento e vinte (120) minutos. Exceptuando uma sessão em Magude, com pais e encarregados de educação, todas as outras (19) sessões foram conduzidas na língua portuguesa. A maioria (17) das discussões foram gravadas, não tendo sido possível gravar apenas três sessões (3).

Os grupos de discussão focal permitiram examinar a diversidade de conhecimentos, atitudes e práticas em relação à SSR bem como explorar como questões de SSR são articuladas, censuradas e adaptadas pela comunidade e ainda, como isso informa os comportamentos individuais e do grupo. Adicionalmente, as discussões em grupos focais permitiram ainda aferir crenças, percepções e práticas colectivas sobre sexualidade e gravidez, entre jovens dentro e fora da escola.

Organizar e realizar discussões em grupos focais com pais e encarregados de educação em meio urbano foi um grande desafio, pelo facto de parte dos potenciais entrevistados ter uma ocupação, o que limita a possibilidade de eles estarem disponíveis para essas sessões. Situação similar ocorreu com o grupo com população de alta mobilidade, uma vez que este grupo está em constante movimento, o que torna difícil conseguir juntá-los para uma sessão de uma hora. O mesmo sucedeu com os alunos, pelo facto de os dados terem sido recolhidos durante o período de férias.

2.1.2. As entrevistas individuais em profundidade

No total foram realizadas cinquente e nove entrevistas (59). Em cada distrito a selecção dos participantes da pesquisa foi precedida por um mapeamento que permitiu identificar os diversos grupos existentes no local e relevantes para a presente pesquisa, seja na qualidade de jovens, população de alta mobilidade, pais e encarregados de educação e provedores de serviços de saúde.

Tabela 2. Distribuição das entrevistas por província e distrito

Categoria sócio profissional	Nampula		Manica		Maputo		Total
	NPL	NCP	CHM	MCH	MGD	NMC	
Provedores de serviços de saúde Materno-Infantil (ESMI)	-	1	1	1	-	-	3
Enfermeiro (Enf)	1	-	-	-	-	-	1
Curandeiro (a) (CD)	-	-	1	-	1	-	2
Estrangeiro residente (ER)	-	-	-	2	-	-	2
Homens que fazem sexo com Homens (HSH)	1	-	1	-	-	-	2
Trabalhadoras de sexo (TS)	2	-	2	2	-	1	7
Motorista de <i>chapa</i> (MC)	-	-	-	-	1	-	1
Motorista de camiões (C)	-	-	1	2	-	1	4
Trocadores de moeda (TM)	-	-	-	1	-	2	3
Vendedor(a) de barraca (VB)	1	-	-	-	1	2	4
<i>Mukheristas</i> (MK)	-	-	-	-	-	2	2
Funcionários (as) das Alfandegas (FA)	1	2	-	1	-	1	5
Tropa de guarda de fronteira (TGF)	-	-	-	-	-	1	1

Guardas prisionais (GP)	1	-	-	-	-	-	1
Mestres de ritos de iniciação (MRI)	1	2	-	-	-	-	3
Líderes religiosos (RL)	1	2	2	-	1	-	6
Activistas de SSR (ASSR)	2	1	2	1	2	1	9
Pessoal da rádio (R) e grupo teatral local (LGT)	-	1	-	-	1	1	3
Total realizado	11	9	10	10	7	13	59

Foram entrevistados jovens, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade, actores locais que têm um papel fundamental na transmissão de conhecimentos sobre sexualidade e sobre gravidez como pais, mães, madrinhas, mestres de iniciação, líderes religiosos. Foram também entrevistados provedores (as) de serviços de SSR nomeadamente pessoal das US's, curandeiros(as), matronas, mestres de ritos de iniciação, *Shehes*, pastores Ziones, activistas de SSR, profissionais de rádio, grupos culturais locais e professores(as). Por fim, foi entrevistada população de alta mobilidade, nomeadamente trabalhadoras de sexo, funcionários(as) da Autoridade tributária, tropas da guarda fronteiriça, guardas prisionais, trocadores de moeda, comerciantes transfronteiriços, vendedores(as) de barracas, motoristas de médio e longo curso e ainda Homens que fazem Sexo com outros Homens (HSH).

O uso das entrevistas permitiu recolher conhecimentos, atitudes, opiniões e percepções gerais e experiências com questões sobre SSR. Na sua maioria (53), as entrevistas foram conduzidas na língua portuguesa, tendo apenas seis (6) sido realizadas com recursos a outras línguas, das quais uma em E-makuwa (Nampula), uma em Ci-shona e outra em Inglês e Ci-shona (Machipanda) e três em Ci-changana (Magude). Nesses casos, o pesquisador usou a língua falada pelos participantes ou conduziu a entrevista com apoio de um intérprete.

Cada entrevista durou em média noventa (90) minutos. A maioria (45) das entrevistas foram gravadas, não tendo sido possível gravar apenas catorze (14) entrevistas. As entrevistas não gravadas foram aquelas realizadas em locais de trabalho dos participantes da pesquisa cujas condições não permitiam a gravação devido ao ruído que os caracterizam como, por exemplo, nas barracas, no caso de vendedores (as) de barracas, na rua, no caso de trabalhadoras de sexo e camionistas, ou ainda em escritórios com muito movimento de utentes do serviço.

A identificação dos participantes da pesquisa foi feita pelos pesquisadores durante os exercícios de observação, para identificação dos principais grupos existentes em cada um dos locais onde os dados foram recolhidos. Entretanto, a falta de um documento de aprovação por parte do Comité Nacional de Bioética limitou a possibilidade de entrevistar profissionais de saúde na província de Maputo, onde aquela foi a condição imposta pelos superiores hierárquicos destes para que pudessem fornecer dados e informação para a pesquisa.

Para complementar as informações provenientes das sessões em grupo e das entrevistas individuais, foram realizadas conversas informais com funcionários das farmácias e observadas as dinâmicas e interações envolvendo os diversos grupos cobertos pela presente pesquisa. A observação foi realizada nas US, mercados, barracas, bares, restaurantes, fronteiras, parques e campos.

2.2. Considerações éticas

Durante a recolha de dados, os pesquisadores observaram algumas regras na sua relação com participantes da pesquisa, nomeadamente, aproximar-se dos potenciais participantes da pesquisa com cordialidade (cumprimentar, apresentar-se e informar a sua intenção na qualidade de pesquisador). Os pesquisadores informaram ainda aos potenciais participantes sobre os objectivos da pesquisa bem como sobre a livre aceitação no mesmo, não se tendo verificado casos de recusa de participação.

Uma vez aceite a sua participação, o pesquisador negociava com os potenciais participantes um horário e locais adequados para eles e apropriados para permitir uma conversa sem interrupções e com o mínimo de ruídos possíveis. Acordado o local da entrevista ou da discussão em grupo, o pesquisador explicava a importância de gravar as entrevistas ou as discussões em grupo e de seguida solicitava autorização para o efeito. Todos os participantes aceitaram gravar as entrevistas, não tendo sido gravadas oito (8) entrevistas devido ao ruído no local onde as mesmas foram realizadas, como atrás mencionado. Nesses casos, as entrevistas foram anotadas em bloco de notas.

Antes de iniciar a entrevista ou discussão em grupo os participantes foram informados que podiam não responder às questões com as quais não se sentissem confortáveis, bem como que tinham a liberdade de interromper a entrevista se assim o desejassem sem sofrer sanção alguma. Durante a recolha de dados, trabalhadoras de sexo participantes de um grupo de discussão focal condicionaram a sua participação ao pagamento de um valor, proposta prontamente recusada pela equipa de pesquisadores. Em outra ocasião um entrevistado seropositivo colocou perguntas sobre se poderia ter filhos ou se tinha algum risco de voltar a infectar-se ao praticar relações sexuais com a sua esposa, ela também seropositiva. Diante dessas questões o pesquisador recomendou que o mesmo procurasse uma Unidade de Aconselhamento de Testagem para Saúde (UATS) para esclarecimento adequado.

Os dados dos entrevistados foram tratados na forma de anonimato para garantir a protecção dos mesmos, sendo apenas usados dados sócio demográficos que permitiram perceber o perfil dos mesmos.

2.3. Processamento e análise de dados

Todas as entrevistas e discussões em grupo focal gravadas foram transcritas para formato texto (*word*) e codificadas antes de analisadas. Um código foi criado para identificar cada entrevista ou discussão em grupo focal e a transcrição correspondente. O referido código é composto por uma combinação das iniciais da província (N para Nampula e, M para Maputo e Manica), iniciais do distrito (MGD para Magude, NMC para Namaacha, CHI para Chimoio e, MAN para Manica, MAC para Machipanda, NPL para Nampula e NCL para Nacala-Porto). Seguem-se as iniciais da técnica de recolha de dados utilizadas (EIP, para Entrevistas Individuais em Profundidade, e DGF para Discussões em Grupo Focal) e, por fim, a data na qual os dados foram recolhidos.

De forma complementar, entrevistas e gravações que tenham sido anotadas foram digitadas em formato texto (*Word*) e codificadas. Findas as transcrições e as anotações, os dados foram marcados com códigos previamente elaborados para o efeito e introduzidos numa base de dados (*Excel*) também previamente elaborada para o efeito. A partir dessa base foram analisadas as tendências por categoria socioprofissional, por distrito. Com base nessa informação foi elaborado o presente relatório, que beneficiou de comentários e sugestões da N'weti e seus parceiros.

III. Principais características dos locais de pesquisa e da audiência

3.1. Alguns dados dos locais de pesquisa

A cidade do Chimoio é um Posto Administrativo do distrito do Chimoio. O mesmo é composto pelas localidades urbanas 1, 2 e 3. Quanto a população, segundo o INE os jovens de idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos de idade totalizam 19,91% da população (INE-Projecções da População 2007-2010). A cidade do Chimoio é um centro urbano que se localiza ao longo da Estrada Nacional (EN) nº 1, o que a transforma em um centro de trânsito de pessoas que viajam no sentido Sul-Norte e vice-versa.

Na área da saúde Chimoio conta com um Hospital Provincial e quatro Centros de Saúde Urbanos (DPS de Manica 2011). No Chimoio fala-se Ci-tewe, Português como língua oficial, e outras línguas.

Quanto à cidade de Manica, esta é parte integrante do Posto Administrativo de Manica que a par dos Postos Administrativos de Machipanda, Messica, Mavonde e Vanduzi compõem o distrito de Manica. A cidade de Manica tem uma população de 36.124 habitantes (INE 2007). Manica localiza-se ao longo da EN 6 que forma o principal eixo de ligação entre Moçambique e os países do *hinterland*, e outros da região Austral. Esta localização torna a Vila num local de fluxo bastante intenso de pessoas provenientes de diferentes distritos e províncias do país, bem como de diversos países da região Austral do continente Africano. Em parte impulsionado pelo comércio de minerais preciosos, bem como devido à crise económica no Zimbábue, Manica alberga diversos cidadãos estrangeiros (PSI 2010).

Em Manica falam Ci-Manica, Ci-tewe e Ci-bárue, Ci-chona e Português como língua oficial. Na área da saúde Manica conta com um (1) Hospital Distrital, um (1) e Centro de Saúde de rural de tipo I e dezasseis (16) Centros de Saúde Rurais de tipo II (DPS de Manica 2011).

De acordo com o relatório de saúde materna na província de Manica, referente ao primeiro semestre de 2011, as coberturas de PF registaram um aumento de 18 para 24%. Quanto as CPN as coberturas continuam altas, tendo sido registada uma cobertura de 115,9% para a província, 132% no Chimoio e 145% em Manica. Situação similar ocorre na área de partos institucionais, que se situa nos 85% no Chimoio e nos 78% em Manica (DPS de Manica 2011).

Ainda de acordo com o relatório acima citado, e quanto ao despiste da sífilis em mulheres grávidas, no período em análise foram testadas 61.748 mulheres, correspondente a 77% de despiste em relação as 1ª CPN. Desse total, 2346 testes foram positivos tendo todas elas feito a 1ª dose de Penicilina Benzantínica mas, apenas 560 (23,8%) foram tratadas com a 2ª dose e 486 (20%) foram tratadas com a 3ª dose. Em termos de captação de contactos, os dados continuam baixos, tendo Chimoio conseguido tratar apenas 214 (12%) dos parceiros das 1.775 mulheres grávidas que testaram positivo. Em Manica a situação é bem melhor, com 80 (68%) dos parceiros das 118 mulheres diagnosticadas tratados.

O mesmo documento nota um aumento de casos de aborto para a remoção que chegam as US. No período em análise, o documento refere que foram reparadas com sucesso 36 fístulas visico e recto-vaginais, com uma taxa de sucesso de 8,3%.

Quanto a cidade de Nampula, esta é a capital da provincial de Nampula e é a terceira maior cidade do país, com 478 mil habitantes. A cidade de Nampula é um município composto por seis (6) Postos Administrativos urbanos divididos em 18 bairros. A cidade de Nampula é um centro de trânsito por onde passam pessoas que viajam no sentido Norte-Sul e vice-versa, turistas e ainda pessoas que viajam para o Porto de Nacala. A cidade de Nampula é também habitada por estrangeiros, na sua maioria refugiados, em parte devido a proximidade com o Centro de Acolhimento de Refugiados de Marretane.

Em termos linguísticos, a língua materna dominante é o Emakhuwa (78% de falantes), seguido da lingual portuguesa (74%), com mais homens (83%) que falam esta língua contra 65% de mulheres. Na área da saúde, a cidade de Nampula possui catorze (14) US públicas, das quais um (1) Hospital Geral, um (1) Hospital Central, sete (8) Centros de Saúde, cinco (5) Postos de Saúde e um (1) Hospital Militar (INE 2010). Quanto as CPN, dados de 2008 indicam uma cobertura de apenas 13,8% (INE 2010).

Em relação a captação de contactos, dados referentes ao primeiro semestre de 2011 indicam que apenas 2.505 (35%) parceiros das 7.071 pessoas que testaram positivo foram tratados. Quanto ao aborto, dados referentes ao mesmo período indicam que foram realizados 2566 abortos (DPS Nampula).

Quanto a Nacala Porto, a cidade é composta por dois Postos Administrativos, nomeadamente Motiva e Muanona, com cinco localidades cada um. Nacala possui um porto vital para a economia da região Norte do país, o que o tornam um terminal do corredor de Nacala. Essa posição torna a cidade de Nacala num centro bastante movimentado, seja por nacionais em busca de melhores oportunidades de emprego ou de estrangeiros que para ali se dirigem por motivos económicos.

Em termos linguísticos, a língua materna dominante é o E-makhuwa, seguida pela língua portuguesa. Na área da saúde, a cidade de Nacala conta com um (1) Hospital distrital, quatro (4) Centros de Saúde de tipo I, quatro (4) Centros de Saúde de tipo II, cinco (5) Centros de Saúde de tipo III, três (3) Postos de Saúde e um (1) Agente Polivalente Elementar.

Em relação a captação de contactos, dados referentes ao primeiro semestre de 2011 indicam que apenas 1.019 (31%) parceiros das 3.318 pessoas que testaram positivo foram tratadas. Para além da sífilis, a cidade registou casos de HIV, corrimento uretral (homens), leocorreias (Femenino) e úlceras genitais. Quanto ao aborto, dados referentes ao mesmo período indicam que foram realizados 333 abortos (DPS Nampula). Em termos de consultas Pré-natais foram registadas 2.2501.

Quanto ao distrito de Magude, este faz fronteira com a Africa do Sul na região de Mpumalanga, e com os distritos de Chókwè, Bilene Macia, Manhiça e Moamba. Moamba é composto por cinco (5) Postos Administrativos, a saber: Magude, Mahele, Mapulanguene, Motaze e Panjane. Dados de 2007 indicam que o distrito tinha um total de 54 252 habitantes.

O distrito fornece mão-de-obra à Açucareira de Xinavane bem como a projectos agrícolas na Africa do Sul. Em termos linguísticos, em Magude fala-se mais Ci-changane, seguido da língua portuguesa. Quanto a rede de saúde, o distrito conta com um Centro de Saúde e com uma rede de Centros de Saúde periféricos.

Por fim, Namaacha possui dois (2) Postos Administrativos, Namaacha e Changalane, cada um dos quais com quatro (4) localidades. Namaacha tem uma população projectada para 2011 de 44.342 habitantes (INE 2011).

Na área da saúde, Namaacha conta com uma rede e composta por um (1) Centro de Saúde do tipo I, cinco (5) Centros de Saúde do tipo II, um (1) Posto de Saúde e onze (11) Postos de Saúde Comunitários. Conta ainda com uma clinica gerida pela AMODEFA.

O distrito é uma zona de fronteira, o que o torna num centro bastante movimentado por nacionais e estrangeiros que atravessam frequentemente a fronteira de e para a Suazilândia e/ou a África do Sul. Em termos linguísticos em Namaacha fala-se mais Ci-changane, seguido da língua portuguesa.

3.2. Principais características da audiência

Durante a presente pesquisa foram identificados quatro segmentos de audiência. O primeiro é constituído pelos jovens e o segundo pelos pais, encarregados de educação e outros adultos responsáveis por encaminhar a vida sexual e reprodutiva dos jovens [tias, madrinhas, líderes religiosos, parteiras tradicionais, irmãs mais velhas, amigas(os) e mães]. O terceiro segmento é constituído por grupos de alta mobilidade [motoristas (camionistas, chapeiros), TS, comerciantes informais e transfronteiriços e intra-urbanos, forças de defesa e segurança e paramilitares]. Finalmente, o quarto segmento é constituído por provedores de serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva [enfermeiras(os), curandeiros(as), *shehes* e outros líderes religiosos, matronas, e activistas].

Os segmentos identificados têm características que tornam suas as necessidades de informação em matéria de saúde sexual e reprodutiva para jovens específicas, apesar de interagirem entre si. Assim, enquanto jovens e grupos de alta mobilidade têm necessidade de informação para consumo próprio e para partilhar com seus pares, pais, encarregados de educação e provedores de serviços mas, também têm necessidades de informação sobre como lidar com os seus dependentes em matéria de sexualidade e de saúde sexual e reprodutiva.

3.2.1. Os jovens

Os jovens podem ser divididos em dois grandes subgrupos, nomeadamente um grupo de heterossexuais, composto por pessoas que praticam relações sexuais com parceiros de sexo oposto e um segundo grupo de homens que fazem sexo com homens. Este resultado lembra-nos, contra as imagens que olham a sexualidade como algo homogéneo, como aquela apresentada por Caldwell et al (1989), a importância de pensar a sexualidade no plural, uma vez que grupos de jovens podem viver experiências sexuais que se diferem umas das outras. E as intervenções para promover a sexualidade e a saúde sexual devem tomar em conta essas particularidades nas quais jovens se integram e se reconhecem como sujeitos sociais.

Entres os heterossexuais, as idades variavam dos 15 aos 24 anos de idade e eram quase todos solteiros e sem filhos. De entre aqueles que se declararam solteiros, a maioria revelou ter parceiros múltiplos e co-ocorrentes, uma tendência amplamente documentada em Moçambique e não só (Manuel 2004; N'weti 2009). Por sua vez, e quanto aos homens que fazem sexo com outros homens, foi referido que eles são um grupo com idades acima dos 18 anos, são maioritariamente solteiros e têm parceiros múltiplos e co-ocorrentes, à semelhança daqueles que declararam ter parceiros de sexo oposto.

Entretanto, enquanto os heterossexuais têm parceiros múltiplos do mesmo sexo, os homens que fazem sexo com outros homens revelaram ser integrantes de uma rede sexual explícita onde os seus integrantes se conhecem e trocam-se com regularidade. Adicionalmente, alguns dos homens que fazem sexo com outros homens mantêm simultaneamente relacionamentos e relações sexuais com mulheres. Essa situação mostra que apesar de serem dois grupos separados, em alguns cenários eles se cruzam em virtude de a rede de heterossexuais em algum momento se interligar com a rede de homens que fazem sexo com outros homens. Este cenário mostra a existência de uma rede sexual que em algum ponto liga os dois grupos, como já ilustrado em análises anteriores (Da Silva *et al* 2010; Gondim *et al* 2000).

Em termos de ocupação, alguns jovens ocupam-se com trabalhos informais domésticos, como cartar água, construir casas, carregar mercadorias. Outros ocupam-se com afazeres informais em espaços públicos como mercados informais, mercados transfronteiriços, onde vendem moeda ou importam e vendem produtos de primeira necessidade e bebidas alcoólicas. Vender em barracas e estradas e trabalhar como motoristas são outras ocupações desses jovens.

A maioria dos jovens fala e lê a língua portuguesa e fala as línguas locais, nomeadamente Ci-changane em Magude e Namaacha, E-makuwa na cidade de Nampula e em Nacala-Porto, Ci-tewe em Chimoio e Ci-shona e Ci-manica em Machipanda. Nas zonas de fronteira (Namaacha e Machipanda) fala-se também a língua inglesa. Contudo, convém lembrar que parte considerável de jovens fora da escola não sabe ler, mesmo quando fala a língua portuguesa.

A língua portuguesa é geralmente usada para comunicar nas instituições públicas ou privadas enquanto as línguas locais são geralmente utilizadas para comunicar com os mais velhos na comunidade ou entre os jovens. O uso das línguas locais para comunicar com os mais velhos é tido como um sinal de respeito para com estes e para com a tradição local. Por sua vez, a língua inglesa é geralmente usada para comunicar com estrangeiros em trânsito (Namaacha e Machipanda) ou residentes no local (Manica).

Durante o dia, os jovens concentram-se nas escolas, plantações de açúcar, em Magude, ou machamba, mercados, mercados informais, barracas e bares. Exceptuando as escolas, os outros locais mencionados são maioritariamente frequentados pelos rapazes. Durante os finais de semana as raparigas concentram-se mais em locais como furos de água, salões de cabeleireiro e beleza enquanto os rapazes concentram-se mais nas barbearias e em campos de jogos. À noite, rapazes e raparigas concentram-se em barracas e discotecas locais.

Os jovens usam telemóveis, assistem a programas televisivos, em casa, e filmes nas barracas. O acesso a televisão varia com os locais. Assim, enquanto Namaacha, Chimoio e cidade de Nampula têm acesso a Televisão de Moçambique (TVM), a Soico televisão (STV) e a Televisão Miramar (TVMiramar), em Nacala-Porto e Manica os jovens só tem acesso a TVM, enquanto em Magude assistem canais a de televisão sul-africanos. Em termos de preferência, onde essa possibilidade se coloca, os jovens assistem por ordem de preferência, a STV, a TV Miramar e a TVM. De todos os programas mencionados as telenovelas lideram as preferências dos jovens de ambos os sexos.

Alguns jovens escutam programas de rádio como a Antena Nacional da Rádio Moçambique (RM) e rádios locais, como no caso da rádio Xinavane, em Magude, rádio Cascatas em Namaacha, rádio Gessom, em Chimoio e Manica, o mesmo se passando em Nampula e em Nacala-Porto. O período nocturno é o que mais audiência capta, tanto de rádio como de televisão.

Quanto a percepções sobre sexo, a maioria dos jovens referiu que sexo é uma prática sexual que envolve duas pessoas de sexos opostos e que consiste na penetração pênis-vagina. Entretanto, em espaços mais urbanizados como Nampula, Nacala-Porto e Chimoio, sexo é percebido como podendo ser também envolvimento sexual entre homens que fazem sexo com outros homens, e que envolve penetração anal e sexo oral.

“Prática sexual é toda relação sexual, pode ser, anal, oral, vaginal, qualquer, essas três só.” (N-NPL-HSH-29072011)

Em termos de saúde sexual, formas de prevenção e transmissão de HIV por via de penetração pênis-vagina dominam os conhecimentos dos jovens. De um modo geral, sexo oral e sexo anal são mecanismos de transmissão de ITS e o HIV desconhecidos para a maioria dos entrevistados, mesmo entre os HSH's. De forma complementar, pouco se sabe sobre que ITS, modos de transmissão e de prevenção, sinais e sintomas respectivos e procedimentos a tomar em caso de surgimento de um desses sinais.

Quanto a assuntos sobre reprodução, de um modo geral estes constituem território feminino. As raparigas aprendem desde a infância aspectos sobre reprodução, de entre os quais o corpo das mulheres, higiene genital, em particular durante o período menstrual. Enquanto em alguns locais, como na cidade de Nampula e em Nacala-Porto, as raparigas aprendem sobre esses assuntos em rituais que envolvem a reclusão temporária das iniciandas, ou ainda de parentes em outros locais. Elas só apreendem sobre reprodução na escola (Magude, Namaacha e Manica). Em outros locais existe uma combinação entre os ensinamentos dos rituais, da escola, dos amigos, de activistas e profissionais de saúde.

3.2.2. Pais e outros adultos que orientam os jovens

Os adultos têm idades acima dos 30 anos, na sua maioria são casados, com filhos, e vivem nos locais onde a pesquisa foi realizada.

Quanto a língua, parte considerável dos adultos entrevistados comunica-se nas línguas locais Ci-changane em Magude e Namaacha, E-makuwa em Nampula e Nacala-Porto e Ci-tewe em Chimoio. As línguas locais são maioritariamente usadas para comunicação entre os membros da comunidade. Quanto a língua portuguesa, a maioria tem habilidades básicas para conversar mas não a domina. Eles usam a língua portuguesa para comunicar-se nas instituições públicas.

Para a maioria dos adultos entrevistados sexo é penetração pênis-vagina, uma visão partilhada inclusive por TS. Entretanto, em Namaacha, Chimoio, Manica, cidade de Nampula e Nacala-Porto, existem pessoas que consideram sexo como penetração pênis-vagina, sexo oral e sexo anal.

Em Nampula e Nacala-Porto, adultos são responsáveis por introduzir os jovens no mundo da sexualidade e da procriação. Esses adultos ficam a disponibilidade dos jovens para orientá-los para o resto de sua vida sexual e reprodutiva. Homens ensinam assuntos sobre sexualidade e problemas sexuais aos rapazes, enquanto as mulheres para além de aprenderem sobre sexualidade e problemas sexuais, também aprendem a manter a higiene pessoal e genital e sobre procriação.

Os participantes da pesquisa têm acesso a telemóveis. Homens e mulheres nos espaços urbanos assistem a programas televisivos da STV, Miramar e TVM, por ordem de preferência. Os homens escutam adicionalmente programas radiofónicos da Antena Nacional da RM.

Quanto a sua localização, os adultos podem ser encontrados nos respectivos locais de trabalho e outros locais onde se realizam actividades sociais. Em alguns dos locais encontram-se adultos de ambos os sexos. Por exemplo, curandeiros e curandeiras encontram-se regularmente nas sedes da Associação Moçambicana de Médicos Tradicionais (AMETRAMO). Outros adultos juntam-se nos encontros familiares, nas associações, nas escolas, nas comunidades, nos partidos políticos.

Em outros locais as pessoas concentram-se em sítios diferentes, de acordo com o seu sexo. Por exemplo, as mulheres costumam concentrar-se em grupos da igreja, *xitiques*, em Magude e Namaacha, e em encontros de mestres de iniciação em Nampula e Nacala-Porto. Por sua vez, homens podem ser encontrados nos mercados, barracas e bares. Outros locais onde as mulheres podem ser encontradas incluem furos e poços de água, machamba e mercados. Nas zonas de fronteira, as mulheres podem também ser encontradas nas fronteiras onde realizam comércio transfronteiriço.

Intervenções futuras com adultos deverão abordá-los na qualidade de pessoas que orientam e cuidam dos jovens, bem como na qualidade de potenciais parceiros dos mesmos, num contexto marcado por relacionamentos inter-geracionais (Bagnol e Chamo 2003; Hawkins et al 2005).

3.2.3. Grupos de alta mobilidade

Nos grupos de alta mobilidade encontramos Trabalhadoras de Sexo (TS), motoristas (camionistas, *chapeiros* e taxistas), profissionais de defesa e segurança (militares e polícias) e paramilitares (alfandegários e guardas prisionais). Encontramos também comerciantes transfronteiriços, como trocadores de moeda, *mukheristas* e *marihanes*, em Namaacha e *madjoridjos*, em Manica e Machipanda e comerciantes informais intra-urbanos (vendedores/vendedeiras na rua ou nas barracas). Por fim, temos estrangeiros residentes legalmente, incluindo refugiados concentrados em Nampula, ou em situação ilegal, concentrados em Nampula e em Manica.

No geral, os integrantes desses grupos referem ter parceiros de sexo oposto. Em termos de idade, têm idades acima dos 18 anos, excepto as TS, algumas das quais chegam a ter 15 anos. Parte considerável desse grupo populacional é composta por casados que vivem sós nesses locais uma vez que estão lá em serviço e por períodos curtos. Excepção é feita para estrangeiros residentes, com destaque para a cidade de Nampula e Manica, onde parte dos mesmos é solteira.

À semelhança dos jovens, nos grupos de alta mobilidade ter parceiros múltiplos e co-ocorrentes é algo considerado normal. Os grupos de alta mobilidade envolvem-se sexualmente uns com outros mas, também, com jovens:

“...Aqui mesmo na zona fronteiriça, as pessoas que trabalham directamente na fronteira, aqueles soldados que estão ali, eu não sei se estão a procurar a fama ou se querem facilitar a entrada de algumas pessoas para o outro lado, passagem, para Suazi ou para África do Sul sei lá, então eles acabam envolvendo-se com mais mulheres”. (N-NMC-EIP-Mukherista-04082011)

TS e motoristas moçambicanos, profissionais de defesa e segurança (militares e polícias) e para-militares (alfandegários e guardas prisionais) falam e lêem a língua portuguesa, que é a sua principal língua de trabalho. Comerciantes transfronteiriços e comerciantes informais intra-urbanos usam a língua portuguesa para comunicação diária mas, a maioria não a domina. Por sua vez, os estrangeiros, incluindo algumas TS e motoristas, têm habilidades básicas de comunicação na língua portuguesa mas, que entretanto são insuficientes para compreender uma mensagem elaborada nessa língua ou lê-la.

De um modo geral, todos esses grupos podem ser encontrados em locais de lazer como bares, discotecas e restaurantes locais, sobretudo nas noites dos fins-de-semana. Profissionais de defesa e segurança e para-militares podem ser encontrados nos seus postos de trabalho ou nos locais onde se concentram antes do início de suas actividades laborais. Entretanto, é importante notar a dificuldade que existe em conseguir chegar as tropas de guarda fronteira, sobretudo em Machipanda, por serem bastante móveis.

Quanto aos motoristas, em Magude, Namaacha, Manica, Nampula e Nacala- Porto, os *chapeiros* e outros motoristas locais e inter-provinciais podem ser encontrados nas praças dos *chapas* em cada um dos locais onde decorreu a pesquisa mas, também podem ser encontrados em locais que preparam refeições próximo a essas praças, nos quais passam períodos muito curtos, o suficiente para terem a sua refeição. Taxistas, por sua vez, podem ser encontrados, sobretudo em Manica, nas praças de táxi, nos mercados e restaurantes e outros locais onde se concentram os clientes. Por último, camionistas podem ser encontrados em locais como portos, armazéns, postos fronteiriços mas, também em locais reservados ao repouso e casas de pasto.

Uma das características que distingue os camionistas dos outros motoristas é que eles só estão disponíveis enquanto o camião está a ser carregado ou descarregado, e o resto do tempo é dividido entre conduzir, descansar e passar refeições, com intervalos para encontrar-se com parceiras sexuais. Essa característica dos camionistas dificulta o acesso aos mesmos para conversar e realizar acções de comunicação interpessoal. Para contornar esse cenário, em Namaacha as TS operam como educadoras de pares e aproveitam para realizar as suas actividades de promoção de uso do preservativo pessoalmente com os seus clientes.

Comerciantes transfronteiriços, como trocadores de moeda, *mukheristas* e *marihanes*, em Namaacha e *madjoridjos*, em Manica e Machipanda, podem ser encontrados na zona da fronteira para onde se dirigem diariamente para desenvolver as suas actividades comerciais que incluem atravessar a fronteira, de Namaacha para a Suazilândia ou para África do Sul ou de Machipanda em direcção ao Zimbabué. No final do dia regressam às suas casas, que se localizam fora da zona fronteiriça. Por seu turno, comerciantes informais intra-urbanos podem ser encontrados a vender os seus produtos ao longo das diversas ruas das cidades.

Em Manica, Chimoio, Cidade de Nampula e Namaacha, as TS que se assumem como tal podem ser encontradas nas principais ruas ou avenidas, no período da noite. Podem também ser encontradas nas fronteiras, em bares, hotéis e motéis. Por seu turno, raparigas que não se assumem como TS mas, que se envolvem em práticas sexuais a troco de dinheiro e bens, como sucede em Namaacha e em Magude, podem ser encontradas nas escolas, bares, restaurantes e discotecas.

Quanto aos estrangeiros, em Manica e na cidade de Nampula, estes podem ser encontrados nos seus locais de trabalho, que incluem barracas e lojas localizadas nos mercados e mercados informais. Adicionalmente, eles podem ser localizados em barracas e bares e, no caso de Nampula, podem também ser encontrados no centro de refugiados de Marretane. Em termos de consumo de informação, parte considerável dos estrangeiros, em Manica assistem canais fechados de televisão (DSTV) e não escutam rádios locais. Já em Nampula o cenário é relativamente diferente e alguns referem assistir STV, TV Miramar e TVM mas também escutam pouco ou não escutam programas de rádio. Por sua vez, os nacionais (à excepção das TS) assistem STV, TV Miramar e TVM, preferencialmente, considerando, contudo, a disponibilidade dos canais.

Profissionais de defesa e segurança e paramilitares foram os que mais referiram escutar programas radiofónicos da Antena Nacional da RM, durante as noites e às primeiras horas da manhã. Os telemóveis são um instrumento importante na gestão dos diversos parceiros que

essas pessoas têm. Quanto aos motoristas, estes referiram que escutam rádio Cascatas de Namaacha e rádio LM no corredor de Maputo, rádio Comunitária Gessom no troço Chimoio, Manica e Machipanda e, rádio comunitária de Nacala, no troço que leva a Nacala-Porto.

Quanto a percepções sobre sexo, à semelhança dos jovens, a maioria das pessoas que integram o grupo de alta mobilidade referiu-se ao sexo como uma prática sexual que envolve duas pessoas de sexos opostos e que consiste na penetração pénis-vagina, com referiu uma das TS entrevistadas no Chimoio:

“Sexo é penetração (...) um homem e uma mulher, é a penetração de dois órgãos diferentes. Mulher com mulher? Não, não pode! E homem com homem? Também não (...) Não, talvez no ânus né, existe. Sexo, normalmente é penetração de dois órgãos diferentes”. (M-CHI-DGF-TS-30072011)

Como se pode depreender, apesar da percepção dominante segundo a qual sexo normal é heterossexual e com penetração pénis-vagina, existem olhares que incluem sexo oral como preliminar do acto sexual. Outros ainda, como o caso de parte dos estrangeiros do sexo masculino em Manica, para quem sexo oral e sexo fazem parte do repertório sexual com as suas parceiras, como já notado em estudos anteriores (PSI 2010).

Em termos de saúde sexual, formas de prevenção e transmissão de HIV por via de penetração pénis-vagina dominam os conhecimentos dos grupos de alta mobilidade. Os riscos de infecção associados ao sexo oral e ao sexo anal (Funari 2003) permanecem desconhecidos para a maioria dos participantes da pesquisa, mesmo entre aqueles que referiram praticá-los, uma situação similar à notada em um estudo realizado com HSH's na cidade de Maputo (PSI 2010).

3.2.4. Provedores de serviços de saúde

Os provedores formais de serviços de SSR podem ser divididos em dois principais grupos nomeadamente médicas(os), enfermeiras(os) dos hospitais públicos e das ONG's e, activistas, conselheiros e educadores de pares. Em termos de horários, as US operam das 7.30mn às 15.30mn de Segunda a Sexta-feira. Excepção para os hospitais distritais de Chimoio e Central de Nampula que funcionam todos os dias, 24 horas por dia.

Médicas(os) e enfermeiras(os) têm idades acima dos 21 anos, são casados e tem filhos. A maioria dos provedores formais de saúde vive nos locais onde a pesquisa foi levada a cabo. Quanto a escolaridade, médicas(os) têm o nível superior enquanto as(os) enfermeiras(os) possuem no mínimo o ensino médio. Activistas e educadores de pares, por seu turno, têm em média o nível básico de escolaridade. Todos os provedores profissionais de saúde falam a língua portuguesa e sabem ler. Entretanto, a maioria fala línguas locais usadas geralmente para comunicar com utentes que não falem a língua portuguesa.

No tocante à sua localização, médicas(os) e enfermeiras(os) podem ser localizados nos hospitais públicos e nas clínicas das ONG's, excepto quando se ausentam para cursos de capacitação ou para actividades a nível das comunidades. Por sua vez, activistas e educadores de pares podem ser localizados nos SAAJ's, PGB e nas ONG's para as quais trabalham. Em termos de treinamento, de um modo geral médicas(os) e enfermeiras(os) têm profundos conhecimentos técnicos sobre saúde sexual e reprodutiva. Contudo, os mesmos carecem de um treinamento específico em matéria de sexualidade a partir de uma abordagem de direitos. Por sua vez, conselheiros, activistas e educadores de pares carecem de treinamento em matéria de sexualidade, bem como sobre SSR¹.

1. Quase todos os activistas entrevistados para esta pesquisa referiram nunca ter recebido treinamento em matéria de sexualidade e de saúde sexual e reprodutiva.

IV. Provedores formais e provedores tradicionais de serviços de SSR

4.1. Serviços e informação disponibilizados pelos provedores

4.1.2. Provedores formais

Os resultados da presente pesquisa revelam a existência de diversos provedores de diversos tipos de serviços que actuam de forma intercalada, combinada ou alternada. De entre os provedores de serviços formais foram mencionadas as unidades sanitárias, escolas, os activistas, e as ONG's que trabalham na área da saúde.

Quanto aos conteúdos, exceptuando a escola, que aborda nos seus programas curriculares a questão do funcionamento do corpo humano, incluindo questões de morfologia e funcionamento dos órgãos sexuais e reprodutivos, todos os outros são tidos como centrados na questão da transmissão e prevenção de HIV e ITS, e ainda na promoção da testagem e tratamento de HIV e ITS e prevenção ao estigma e a discriminação. Unidades sanitárias, ONG's e activistas são também tidos como responsáveis por disseminar informação e prestar serviços de contracepção e planeamento familiar. De um modo geral, esses provedores funcionam nos dias de semana das 7.30 as 15.30mn, excepção feita aos hospitais que têm atendimento 24 horas por dia, todos os dias.

As escolas e as US's, para além de disseminarem informação sobre HIV e ITS, também disponibilizam informação sobre prevenção da gravidez. Aqui a abstinência sexual é colocada como o principal método de prevenção de gravidez a ser adoptado pelos jovens, seguido do uso do preservativo. Na escola, os alunos também aprendem sobre DSR e sobre a contracepção. Entretanto, só as(os) enfermeiras (os), activistas e educadores de pares aprofundam os debates sobre o tema, uma vez que este geralmente tem sido deixado para as pessoas com filhos.

Os provedores formais disseminam informações sobre sexualidade, saúde sexual e reprodutiva por meio de *spots* de rádio e de televisão bem como por meio de cartazes, folhetos, manuais e revistas. Se os *spots* podem ser escutados ou assistidos por qualquer pessoa que tenha um receptor, o mesmo não sucede com os materiais impressos, que geralmente estão disponíveis apenas nas US's e nas escolas. Assim, os jovens que não estudam e aqueles que não usam os serviços das US's ficam desprovidos da informação disponível naqueles locais, isso apesar do esforço dos activistas e dos educadores de pares para alcançá-los. Murais e paredes são decoradas com conteúdos sobre prevenção de HIV, ITS, gravidez não planificada e em alguns locais de PF. Peças teatrais, canções e poesia são outros canais usados para transmitir informação sobre sexualidade e sobre SSR.

Os referidos materiais abordam conteúdos como as principais formas de transmissão e as principais formas de prevenção do HIV, geralmente centrando-se na penetração pénis-vagina. Como formas de prevenção, promove-se a abstinência sexual, o uso do preservativo para as relações sexuais, subentendidas como penetração pénis-vagina e o uso exclusivo de instrumentos cortantes. O trecho que segue mostra a tendência dos conteúdos disseminados:

“Esses da geração Biz e Caritas sempre têm falado muita das vezes o uso do preservativo porque abstinência é uma coisa que muitos jovens não podem conseguir, falam do uso do preservativo (...) Falam da malta protecção numa de se ainda não começamos a fazer sexo temos que fazer abstinência, e temos que se cuidar com as seringas com os curandeiros, tem que usar preservativo. Ela disse quase tudo nem estou a resumir o que ela disse”. (M-MGD-DGF-JMF-02082011)

Outras informações mas, desta feita na área da saúde reprodutiva, incluem a importância e necessidade da Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) para evitar a transmissão do HIV de mãe para filho durante o parto. Para o efeito, recomenda-se a necessidade de testagem para HIV e seguimento para as mulheres seropositivas. Recomenda-se ainda a frequência às CPN pelo menos uma vez a cada três meses durante o período da gravidez, bem como a necessidade de evitar tomar medicamentos não prescritos na US. Esporadicamente, também falam de ITS, modos de transmissão e prevenção.

4.1.3. Provedores tradicionais

Os resultados do estudo mostram que existem dois tipos de provedores, sendo o primeiro composto por pessoas da família, de entre elas tias, mestres de ritos de iniciação, madrinhas, avós, matronas, líderes religiosas, parteiras tradicionais, curandeiras, vizinhas, irmãs mais velhas, amigas e mães, como também mostram outros estudos (Arnfred 2007; Loforte 2003; Martinez 1989; Matsinhe et al 2010). Estes provedores, são responsáveis por transmitir às raparigas informação sobre o funcionamento do corpo da mulher, em particular sobre o ciclo menstrual e a prevenção de gravidez por meio do método natural ou do coito interrompido, e são ainda conselheiras sobre assuntos sobre sexualidade e reprodução e problemas associados.

Em Nampula e em Nacala-Porto elas também ensinam habilidades sexuais e de higiene, para as raparigas, como já referido em outros textos (Arnfred 2007). Como esta autora lembra, nesses contextos as mulheres controlam e gerem os segredos da sexualidade (Arnfred 2007). Adicionalmente, as provedoras tradicionais também prestam serviços de aborto e referem os utentes para as unidades sanitárias.

Ainda em Nampula e Nacala-Porto, mas desta feita entre os rapazes, curandeiros e *Shehes* são responsáveis por transmitir informação sobre o corpo masculino incluindo problemas de saúde sexual. Eles são também responsáveis por servir de conselheiros em matéria de cariz sexual ou reprodutivo. Para além dos conselhos, eles tratam ITS, prestam serviços de prevenção, serviços contra a esterilidade, prestam serviços de interrupção da gravidez e ainda referem as(os) utentes para as unidades sanitárias. Apesar de serem predominantes em Nampula e em Nacala-Porto, os *Shehes* podem ser encontrados em Namaacha e na cidade do Chimoio.

Para além do curandeiro e do *shehes*, existem também igrejas que prestam cuidados de saúde na área da saúde reprodutiva. No geral, as igrejas são tidas como provedoras de aconselhamento e promotoras da fidelidade monogâmica, exceptuando o islamismo. Mas os *Ziones*, para além do aconselhamento que oferecem, são tidos em alguns locais como provedores de serviços contra problemas de infertilidade.

Quanto a disponibilidade, todos os provedores tradicionais estão disponíveis 24 horas por dia, todos os dias da semana. Para comunicar com os seus utentes ou potenciais utentes, estes provedores usam a comunicação interpessoal como veículo para transmissão de informação.

Em termos de conteúdos, por um lado, os provedores tradicionais reproduzem a informação disponibilizada pelos provedores formais mas, por outro lado, eles circulam informação típica de cada uma das tradições que representam, e que varia com os contextos onde eles estão localizados. Como consequência, acabamos tendo dois sistemas de referência que pelo menos a nível formal funcionam de forma paralela, o que dificulta uma melhor compreensão de cada um deles e, por conseguinte, limita a possibilidade de integrar aspectos positivos de cada um deles com vista a melhorar a vida sexual e a SSR dos jovens.

É assim que, a estratégia de género do MISAU preconiza a necessidade de “Estabelecer maior comunicação entre SNS e os praticantes de medicina tradicional, na área de saúde sexual e reprodutiva” (MISAU 2009: 26). Contudo, é importante incluir todas as instituições comunitárias que lidam com SSR nas comunidades e não apenas os praticantes de medicina tradicional. E como mostra Cornwall, a partir de um exemplo de um programa no Zimbabue, articular conhecimentos biomédicos a conhecimentos locais produz uma maior aceitabilidade, relevância e sustentabilidade das acções (Cornwall 2006).

Amigos, filmes, novelas, programas televisivos e jornais (Jornal notícias, Savana, Diário de Moçambique, O País, Público, Zambeze) foram apontados como outras fontes a partir das quais os jovens obtêm informação sobre SSR. Os médias têm sido apresentadas como geradores de rupturas com o passado (Manuel 2004; Cruz e Silva et al 2007). Contudo, os resultados deste estudo sugerem que em Nampula e em Nacala-Porto bem como em Magude, e ainda em Chimoio, apesar da influência da mídia, os grupos domésticos e familiares continuam a fornecer modelos de referência para os jovens em matéria de SSR, o que revela uma certa continuidade nas lógicas locais de estruturação social.

4.2. Percepções dos jovens sobre a relevância dos serviços e da informação

Quanto a percepção de eficácia dos serviços prestados pelos diversos provedores, parte dos (as) utentes considera os serviços ineficazes. E para ultrapassar esse problema eles combinam serviços prestados por diversos provedores. A título de exemplo, face à necessidade de fazer um aborto, as jovens recorrem às matronas, a curandeiros ou amigos para induzir abortos, algo que lhes seria negado na US, segundo contaram. Uma vez induzido o aborto nesses locais, dirigem-se para a US para fazer correção, vulgarmente chamada por raspagem, coisa que matronas, a curandeiros ou amigos não são capazes de fazer.

No geral, a maior preocupação dos utentes está relacionada com a eficiência dos serviços e menos com a eficácia. Assim, as pessoas estão preocupadas com a indisponibilidade de serviços, ou sua disponibilidade em horários e locais para eles inadequados. As pessoas estão preocupadas com o longo tempo de espera para atendimento e com os custos de tratamento considerados elevados e com o mau atendimento que dizem receber, sobretudo nas US's. Em termos de informação disponibilizada, os participantes consideram-na aceitável porque acrescenta conhecimentos que eles não tinham antes. Contudo, e se por um lado essa informação é relevante para os participantes do estudo, uma análise aos conteúdos disponibilizados revela que parte dessa informação é incompleta e não cobre as necessidades de parte dos jovens. A título de exemplo, existe uma falta generalizada de informação sobre casais sero-discordantes e assuntos relacionados a esse aspecto².

De forma similar, existe pouca informação sobre acesso a serviços de aborto e cuidados pós aborto nas US; sobre maternidade em PVHS, incluindo questões sobre aleitamento e riscos de infecção pelo HIV. É também notória a falta de informação sobre fístula e sobre o que fazer em caso de se ter uma. Como referido antes, existe um desconhecimento dos riscos de infecção por via de sexo oral e anal, mesmo entre pessoas que os praticam, e por conseguinte não adoptam medidas preventivas. O mesmo sucede com a necessidade de testar e tratar todos os contactos da pessoa cujo resultado deu positivo para ITS ou HIV.

2. Recentemente a PACTO, no âmbito do programa *Tchova tchova*, transmitido na STV, levou ao ar um debate sobre serodiscordância.

O principal problema com os conteúdos das mensagens difundidas sobre SSR é que, grosso modo, elas são definidas sem tomar em consideração as necessidades específicas e muito menos os contextos específicos nos quais eles vivem a sua vida sexual e lidam com seus problemas sexuais e reprodutivos. E, como mostra a experiência com o programa “As lições da tia Stella”³ produzido e implementado pela Training and Research Support Center (TARSC) no Zimbábue, intervenções construídas a partir das necessidades dos que consideram os contextos nos quais estes estão inseridos têm maior potencial de se tornarem relevante para aqueles grupos (Kim 2006).

Ainda relativamente a informação, a aposta tem sido na produção de material em massa. E como consequência, as respostas das necessidades de grupos específicos acabam por impor-se às necessidades de informação de outros grupos. Um outro problema tem a ver com a língua usada para disseminar informação. Parte considerável da informação difundida é disseminada na língua portuguesa, o que cria dois possíveis problemas. Um ocorre quando o activista acaba realizando as suas actividades na língua portuguesa mesmo quando a audiência não domine essa língua, e como vimos a partir da caracterização dos segmentos de audiência identificados existe um leque de pessoas que não dominam a língua portuguesa. E o segundo ocorre quando o activista inventa a tradução que acha mais apropriada para o grupo com o qual está a lidar, quando nada garante que essa tradução esclareça no lugar de confundir aos participantes dessas sessões.

Cientes desses problemas e visando contorná-los, organizações como a N’weti e a PACTO começaram a traduzir alguns materiais ou parte deles para as principais línguas faladas em Moçambique. É nesse contexto que nas revistas da N’weti as palavras complexas são sempre acompanhadas de um glossário que oferece palavras equivalentes em E-makuawa, Ci-Cena e Ci-changane, o que facilita a compreensão de quem lê os materiais sem domínio da língua portuguesa.

Com o mesmo objectivo, a PACTO traduziu uma série de spots de televisão e na rádio para E-makuawa, Ci-Cena e Ci-changane, o que contribuiu para alargar a quantidade de pessoas que percebem as mensagens difundidas. Entretanto, e apesar desses esforços, grupos de alta mobilidade e que se comunicam na língua inglesa continuam a beneficiar de muito pouca informação, excepção seja feita ao Corredor de Maputo, que é coberto pela Rádio LM, que transmite na língua inglesa.

3. O programa “As lições da tia Stella” foi construído usando os resultados de uma pesquisa de base feita entre adolescentes e jovens alunos. Deste modo conseguiu-se criar um programa que partia das necessidades específicas desses adolescentes e desses jovens, que eram combinadas com aspectos biomédicos. Essa combinação tornou o programa atractivo e relevante para esses adolescentes e para esses jovens (Kim 2006).

V. Conhecimentos, atitudes e práticas relativas a sexualidade e a gravidez

5.1. Promoção de saúde sexual e reprodutiva nas comunidades

No geral, sexualidade e reprodução são tidas como parte dos direitos das pessoas. Mais importante, sexualidade e reprodução são vistas como instituições distintas. Assim, espera-se que a pessoa tenha filhos só depois de ter estabelecido um vínculo socialmente reconhecido como válido depois do *lobolo*, em Magude, Namaacha e Chimoio, ou *Nicah* em Nampula e Nacala-Porto. Relativamente a sexualidade, espera-se que esta seja praticada assim que a pessoa atinja o estatuto de adulto, estado este que em Nampula e em Nacala-Porto é legitimado pela passagem pelos ritos de iniciação.

“...ya, elas iniciam a vida sexual esse período de 11, 12 anos porque até 13, 14 já aparecem grávidas”. (M-CHI-EIPSMI-29072011)

Essa percepção é repetidamente associada à ideia segundo a qual actualmente as raparigas iniciam sua vida sexual um pouco acima dos 10 anos de idade. Entretanto, se em locais como Chimoio, Namaacha e em alguns locais em Manica a preocupação seria com a idade cronológica, em locais como Nampula e Nacala-Porto a principal preocupação seria com o facto de a rapariga engravidar sem estar comprometida ou casada,

“Normalmente a miúda quando já está grávida na comunidade é obrigada a ficar com aquela pessoas que lhe engravidou, ela não pode andar fora de qualquer maneira, há pessoas que dizem isso né, não pode andar fora de qualquer maneira, há outros que ah só deixam, a miúda começa a andar de qualquer maneira mas normalmente ela tem que estar com aquela pessoa que lhe engravidou, se for o responsável”. (M-CHI-EIPSMI-29072011)

A forma como a sexualidade é tratada varia com os contextos e influencia a forma como os adultos lidam com os mais novos relativamente ao assunto. Assim, em Nampula e Nacala-Porto, os pais e encarregados assumem seus filhos como tendo capacidade sexual; nos outros locais visitados os pais e encarregados de educação tratam dos filhos como seres assexuados. Assumir que os filhos são seres sexuais permite que os pais e encarregados com essa postura ajudem os filhos a lidar com as incertezas dessas novas experiências, seja pessoalmente ou delegando alguém para o fazer e oferece a esses jovens uma pessoa de confiança a quem eles recorrem quando têm dúvidas ou problemas relativos a sexualidade e a reprodução, diferentemente dos locais onde os pais não assumem a sexualidade dos filhos.

Os resultados da presente pesquisa indicam que, na sua maioria, as pessoas valorizam relacionamentos monogâmicos heterossexuais. A reforçar essa percepção usam nomes pejorativos para designar pessoas que tenham parceiras(os) co-ocorrentes, pese embora existam mais nomes e com designações mais degradantes quando se trate de mulheres nessa situação. Contudo, e contra essa valorização da heterossexualidade monogâmica, parte considerável dos participantes da pesquisa revela ter parceiros co-ocorrentes, uma tendência notada em estudos anteriores (Karlyn 2005; Hawkins 2005; N’weti 2009).

A procriação, por seu turno, é tida como reservada ao espaço do casamento. Nesse espaço, espera-se que o homem garanta o sustento da casa enquanto a mulher se responsabiliza por cuidar das lides da casa, dos assuntos da sexualidade, da procriação e de cuidar das crianças. É em preparação para essas funções que as raparigas aprendem habilidades sexuais, reprodutivas e de cuidar da casa, que, como refere Arnfred, são áreas de domínio feminino (Arnfred 2007).

Esse cenário possibilita que as raparigas adquiram informação básica e habilidades para lidar com a sua sexualidade, bem como com a procriação.

5.2. Aspectos que contribuem para práticas sexuais e reprodutivas saudáveis

Como já referido na secção anterior, fidelidade monogâmica entre casais heterossexuais é algo extremamente valorizado e tido como a melhor forma de assegurar uma boa saúde sexual, isso apesar de praticado por poucos. De um modo geral, os rapazes são tidos como aqueles que menos conseguem ser fiéis a uma única parceira, pese embora haja vozes que apontem que rapazes e raparigas podem ou não ser fiéis aos seus parceiros. Como mostram estudos anteriores, a infidelidade não varia com o sexo da pessoa, o que faz com que rapazes e raparigas possam ter vários parceiros (Karlyn 2005; Machel 2001; Manuel 2004), como mostram dados da pesquisa:

“Existem jovem com muitos parceiros sim, existem (...) São homens ou mulheres ambas as partes (...) são jovens do corrente nem ya, jovens do corrente né, gajos que gramam de cenas que estão a bater forever ya”. (M-MGD-DGFE-JMF-29072011)

Cientes desse facto, no lugar de buscar no sexo a explicação para a fidelidade ou a sua ausência, parte considerável dos participantes definiram a fidelidade como uma prática dominante nas religiões cristãs. Segundo contaram, as pessoas fiéis que eles conhecem são religiosas devotas e fazem-no em cumprimento das orientações da sua religião. Os jovens consideram outros jovens nessa situação de “matrecos”:

Eu conversava com outros jovens e diziam que são “matrecos” né. Isso já tem a ver com censura já nós sabe hoje em dia o mundo está agressivo, o mundo anda a velocidades muito aceleradas, muito rápido eh quando nós txhecamos um jovem que tem um namorado vamos chamar de matreco porquê? Porque nós temos 4,5 damas nós gramamos de estar aí a txhovelar, gramamos de casa dois. Já quando txhecamos um com uma única dama já chamamos ele de matreco, eles são mais inteligentes que nós, são mais responsáveis que nós exactamente eh”. (M-MGD-DGF-JMF-29072011)

Com uma perspectiva diferente, as famílias e outros membros adultos da comunidade valorizam a fidelidade:

“Vê como um bom filho, ou que tem tendências para ser um bom pai eh ya por aí em diante (...) Ya como um bom filho responsável, como um bom esposo né”. (M-MGD-DGF-JMF-29072011)

Esses valores são associados a seriedade, responsabilidade e ao interesse em construir um futuro brilhante para si, como referido por alguns entrevistados:

“(...) A consciência de cada pessoa faz com que um jovem ou uma jovem nem tenha apenas um parceiro ou uma parceira (...) O objectivo porque sem você ter objectivo na vida aí você vai ter 20 parceiros na vida, mas você sabendo, tendo um certo objectivo, eu quero estudar então ficas com um parceiro né, não, não sabe o que quer, aí sim fica com 20 a pensar que estou a me ocupar enquanto não, é não ter coisa de fazer”. (M-MAN-DGF-02082011)

Um outro aspecto que contribui para a adopção de práticas sexuais seguras é a percepção da qualidade do preservativo. E, segundo contaram os participantes do estudo, preservativos coloridos e aromatizados são mais suaves, têm um cheiro agradável, o que lhes confere a categoria de “boa qualidade” e contribui para o seu uso, sempre que disponíveis.

Contra uma tendência quase que generalizada de não levar os parceiros para tratamento, alguns participantes referiram convidar os parceiros conhecidos para fazer tratamento:

“...quando vamos a procura de tratamento no hospital ou no curandeiro levamos os nossos parceiros (...) sim, tem que levar teu parceiro se é que conhece (...) se é que tem também um parceiro agora se não tens vai levar a quem, sim”. (M-CHI-DGF-TS-30072011)

Quanto a saúde reprodutiva, os dados da presente pesquisa sugerem que as mulheres grávidas são incentivadas a ir para a CPN. Sogra, tias, matronas, líderes religiosas ou parteiras tradicionais, em Magude, Namaacha, Chimoio e Manica, e as mães, tias, matronas ou parteiras tradicionais, em Nampula e Nacala-Porto, são as pessoas que aconselham, incentivam ou acompanham as jovens a ir para a CPN. Para elas é importante ir para a CPN porque uma vez na consulta podem fazer testes para despiste da sífilis e do HIV que não se fazem em outros lugares, e caso o resultado seja positivo a mãe é tratada, o que contribui para proteger o seu filho. Essa forma de estar, consubstanciada pelas taxas elevadas de cobertura de CPN em todos os lugares visitados, contribui para uma boa saúde da mãe e do bebé.

Mulheres grávidas, geralmente contam com o apoio de uma rede de mulheres cuja composição varia com os lugares. A essas mulheres cabe a tarefa de orientar a mulher grávida e defendê-la sempre que seja feito algo que é percebido como pondo em perigo a gravidez. As mulheres grávidas são desaconselhadas de tomar medicamentos sem prescrição da US, pese embora tomem medicamento caseiros de diversos tipos, de acordo com o local onde estejam. Às mulheres grávidas são também dadas uma série de conselhos, como não carregar objectos pesados nem esforçar-se muito, evitar caminhar longas distâncias, evitar usar roupas apertadas e sapatos altos, não consumir bebidas alcoólicas e cigarros e a alimentar-se de maneira adequada. De forma complementar, as pessoas no geral são ensinadas a não sobrecarregar as mulheres grávidas com trabalho, e muito menos bater uma mulher grávida.

Esses valores mostram como a comunidade se preocupa em cuidar da mulher grávida e em protegê-la, bem como promove um ambiente saudável para ela e o seu bebé. Entretanto, a eficácia desses valores parece depender da fonte que os emana. Assim, mulheres casadas dependem primeiro das sogras e das cunhadas e enfermeiras, em Magude, Namaacha, Chimoio, seguidas pelas tias, matronas e parteiras tradicionais ou pelas madrinhas, tias, matronas, parteiras tradicionais e enfermeiras em Nampula e Nacala-Porto. Já as mulheres solteiras dependem das pessoas que partilham com elas o quotidiano, como mães, tias, amigas, enfermeiras, matronas e parteiras tradicionais.

Ainda nas comunidades existe uma crença segundo a qual uma mulher grávida só poderá praticar relações sexuais com o homem de quem ela tenha ficado grávida. Num contexto marcado por parcerias múltiplas e co-ocorrentes, a ser seguida essa recomendação pode contribuir para reduzir riscos de infecção e complicações reprodutivas posteriores. Contudo, a eficácia dessa medida depende em parte de o parceiro da mulher seguir a recomendação ou usar preservativos sempre que mantiver relações sexuais com outras parceiras.

Os dados revelam a existência de diversos aspectos que contribuem para que os jovens tenham uma vida sexual e uma SSR saudáveis. Esses aspectos incluem motivos individuais e motivos sociais.

5.3. Barreiras que limitam uma saúde sexual e reprodutiva adequada

As estratégias em curso para promover SSR entre os jovens estão centradas nas escolas no âmbito das intervenções do Ministério da Educação e da Saúde. Como consequência, os jovens alunos são quem mais se beneficia dessas intervenções; primeiro, porque estes ocorrem na escola e, segundo porque uma vez que eles sabem podem ler os materiais que encontram em outros locais fora da escola.

De forma contrária, os jovens fora da escola, apesar de estarem teoricamente cobertos pelas ações do Ministério da Juventude e Desportos, continuam grandemente excluídos. Uma das consequências desse cenário de exclusão dos jovens fora da escola é que eles ficam sem acesso a informação e, porque não estudam, mesmo que tenham acesso a materiais em locais públicos, não os conseguem ler.

De forma similar, instituições comunitárias, como madrinhas, *shehes*, mestres de iniciação, líderes religiosos, curandeiros, sogras, mães, tias, matronas e parteiras tradicionais, responsáveis por introduzir os jovens à vida sexual também não são incluídos nas estratégias em curso. Ao se excluírem esses adultos ignora-se o facto de os jovens se relacionarem com eles seja na qualidade de educandos (Bagnol & Mariano 2008; Cruz e Silva et al 2007; Loforte 2003) ou como seus parceiros (Bagnol & Chamo 2003; Hawkins et al 2005; N'weti 2008; NU 1996).

Quanto às instituições comunitárias, o facto de elas não serem beneficiadas por essas intervenções faz com que os jovens tenham muito mais informação do que elas, o que algumas vezes alimenta ou agudiza conflitos.

Porém, e apesar de os alunos serem privilegiados em termos de intervenções em curso, o seu conhecimento é limitado a questões como formas de transmissão e prevenção do HIV e do SIDA, estigma e discriminação, testagem e, algumas vezes, ITS. De forma complementar, e como já referido, o facto de as mensagens sobre transmissão e prevenção do HIV centrarem-se na penetração pénis-vagina, deixa os jovens que praticam sexo oral e anal sem saber que essas formas também oferecem risco de infecção por ITS e HIV e muito menos sabem como se prevenir. Essa falta de informação pode estar a contribuir para aumentar o risco de infecção por ITS e pelo HIV, uma situação que é crítica no caso dos HSH's:

“Sim, estas são partes que mais nos incomodam, e nós ainda temos dúvida, uma vez que você, aquele preservativo não feito pra boca né, então se podemos fazer ou não (...) sim, sim, do lubrificante, só que ainda não sabemos se, ainda há problema, nenhum de nós sabe informar isso, se as praticas sexuais, alis práticas orais podem se fazer com ou sem preservativo, ainda temos esse problema (...) eu faço sem, oral sem preservativo, anal com preservativo”. (N-NPL-HSH-29072011)

Face a cenários similares, Maseko sugere que programas de HIV sejam integrados em programas mais amplos de DSR (Maseko 2009). O desconhecimento acentuado sobre ITS, formas de sua transmissão e prevenção, bem como sobre respectivos sinais e sintomas pode estar a contribuir para que diante desses sinais e sintomas alguns jovens não busquem tratamento adequado, continuando infectados, a infectar outros parceiros, se lembramos que os parceiros têm parceiros múltiplos e usam preservativo inconsistentemente. Esse cenário é extremamante preocupante, sobretudo se considerarmos que existem ITS cujos sinais iniciais desaparecem mesmo sem tratamento, deixando a impressão de estarem curadas. Outros ainda buscam tratamento para ITS nos *shehes* e nos curandeiros,

“...Outros vão no curandeiro (...) porque no curandeiro costumam falar quando você vai ao hospital não cura bem bem”. (M-CHI-DGF-TS-30072011)

À semelhança daqueles jovens cujos sinais passam sem tratamento, jovens que buscam tratamento para ITS nos curandeiros e nos *shehes* correm o risco de pensar que ficaram curados quando, de facto, a infecção continua a desenvolver-se em silêncio. Outros ainda, simplesmente não levam seus parceiros para tratamento, como referiu a enfermeira entrevistada no Chimoio:

“...hum, mais mulheres, agora os homens parecerem ser poucos porque os homens se escondem, então essas infecções evoluem mais facilmente nas meninas então a menina basta sentir uma comichão aí prontas elas correm p’ra... ao passo que os homens se escondem muito então por isso que o maior número que a gente assiste, assistimos aqui é das meninas”. (M-CHI-EIP-ESMI-29072011)

“...alguns levam outros não levam (...) ehhh por exemplo alguém quando descobre que é seropositivo prefere esconder pra o seu parceiro por exemplo se for mulher tem medo de perder o lar uma vez eu tinha ido visitar uma moça disse-me o seguinte que o marido não sabe e tem muito medo de lhe dizer que ela é seropositiva tá ver até tinha começado a fazer tratamento mas acabou parando tem medo do marido se não um dia vai descobrir comprimidos, são poucos que levam seus parceiros mais ficam serem sensibilizados”. (M-NMC-EIP-MK1-03082011)

Esse cenário de fraca captação de contactos é uma tendência geral, como mostram os dados dos locais que indicam uma média de apenas 27% de parceiros cujos parceiros foram tratados por indicação dos parceiros. Se, por um lado, os homens podem não ir aos serviços, eles podem estar a ser condicionados pelo facto de os serviços estarem longe das áreas nas quais eles desenvolvem suas actividades, por suas parceiras não os conseguirem localizar, ou ainda por não conhecerem os sinais e sintomas das ITS e acharem que irão passar, como algumas vezes acontece mesmo sem que a pessoa tenha sido submetido a tratamento.

Uma outra barreira que pode estar a concorrer para reduzir que se alcance uma boa saúde sexual é o facto de sexo ser, de uma forma geral, tido como algo incontrolável, algo involuntário,

“...aquele é um prazer, (risos) fazer sexo (...) é uma traição, uma excitação não é entre os dois corpos entre os dois sexos, quer dizer fazer sexo quer dizer, é, não é uma vontade, aquilo não é vontade, é uma coisa não é?... que nos atrai entre mulheres e homens porque eu basta pegar uma senhora assim, ela começa sentir, ficar excitada (...) é uma excitação do gosto, não é porque nós queremos fazer aquilo”. (M-CHI-DGF-AD-29072011)

Essa forma de pensar o sexo, deixa os indivíduos numa situação de reféns de um desejo sobre o qual supostamente nada podem fazer para contrariar. Essa forma de pensar o sexo associada as elevadas prevalências de ITS e HIV, prevalência de parcerias múltiplas e co-ocorrentes, baixa captação de contactos e uso inconsistente do preservativo, pode estar a contribuir para manter ou aumentar as prevalências de ITS, HIV e gravidezes não planificadas, algumas das quais depois se traduzem em abortos clandestinos com consequências imprevisíveis para a saúde sexual e reprodutiva da jovem, como mostrado em estudos que analisam a matéria (Bique *et al* 2005; Bugalho 1995; Granja 2002; OMS 2004).

Outra barreira deriva da percepção segundo a qual os preservativos de distribuição grátis têm baixa qualidade, mau cheiro e magoam, o que contribui para o seu não uso. Outro motivo que contribui para o seu não uso é a percepção segundo a qual o seu uso reduz o prazer sexual,

“Eu ah epa vou dizer ah do meu jeito há pessoas que usam, há pessoas que não usam e gostam daquela tradição carne com carne numa de que aquilo ali é plástico não sente prazer uma cena assim, mas há pessoas que usam porque têm consciência que SIDA existe ya (...) não é porque é o homem, hoje em dia já não há que esperar o homem dizer vamos lá usar preservativo, outro anda com ele no bolso mesmo quando chega aí diz a esposa, a mulher diz que eu não quero preservativo e o marido diz que quero utilizar preservativo logo aí já não há o quê, já não há amor outros, outros assim, assim vamos sem preservativo” (M-MAN-DGF-AD-04082011).

“Nós estávamos para... por exemplo eu na escola com os amigos quando eu vou... - vamos ao hospital vamos aos hospitais para adquirir mais informação, - tu vais ao hospital? – ah, o que é aquilo ali sei lá quanto... Muitos jovens quando digo uso preservativo, ah, eu não uso preservativo, quando eu apanho sexo com preservativo quase eu não sinto nada está a me atrapalhar sei lá quantos, eu digo não usar preservativo é muito bom, talvez tens uma namorada que não sabes se ela tem aceitado ou não e tu estás acostumado a fazer sexo sem preservativo e corre mais riscos. Diz, ah não quando estou com uma mulher na cama, com preservativo não sinto nada, aquele prazer, está ver... Então muitos jovens pior homens mesmo caem... está ver!” (N-NMC-DGF-JM-04082011).

“Outra cena também é por causa da nossa tradição que não podemos usar o preservativo; também posso dizer que é outra cena é falta de escolaridade, dizer que aquilo ali não é nada mesmo com aquilo ali usar preservativo vou apanhar (...) até muita das vezes têm dito que esses preservativos que fazem têm uns bichinhos é uma cena que costuma-se fazer rir mete-se água quente no preservativo s sai alguns bichinhos (...)” (M-MGD-DGF-JMF-02082011).

Todos esses argumentos vêm confirmar que o preservativo é usado de forma inconsistente (Gune 2008; N'weti 2008), por motivos que incluem diminuição de prazer, confiança entre os parceiros (Karlyn 2005; Manuel 2004) até a falta de capacidade de negociação de seu uso (Cruz e Silva *et al* 2007; Machel 2001; Manuel 2004).

Ainda ligado a prática sexual, algumas raparigas em Chimoio, Namaacha e Chimoio, TS em particular, introduzem produtos como pedaços de papel higiênico e soluções como *Savlon*, água morna com sal e limão ou água morna com folhas para aumentar o atrito durante a penetração vaginal o que pode contribuir para aumentar o risco de ITS e de problemas reprodutivos,

“(...) tem umas plantas que usam para enganar velhos lá na zona, introduzem lá no sexo são uma plantas que dão (...) água quente, sal e limão, folha de chá também, aquele papel higiênico. Introduz mas, as vezes não é aconselhado papel higiênico, quando chegar no útero (...) você tá ver depois de você tomar banho de manhã, corta um bocadinho enfia a tardinha aquela hora que você vai dormir tira, isso ajuda a chupar um pouco água, ajuda a encolher o sexo, entao aquilo aí ajuda também pra ficar um pouco”. (M-CHI-DGF-TS)

Essa prática, segundo as entrevistadas serve dois propósitos. O primeiro é impedir que os clientes seguintes descubram que elas já estiveram com um cliente naquele dia, algo essencial na negociação do preço a pagar. O segundo propósito é impedir que o parceiro com o qual elas têm uma relação estável descubra que ela é TS e que esteve com outros parceiros. Contudo, se por um lado elas conseguem ludibriar os seus parceiros, essa prática eleva o risco de elas contraírem ITS e HIV, uma vez que reduz a capacidade de lubrificação da vagina, bem como pode contribuir para aumentar o risco de infecções do trato reprodutivo como referido em estudos que analisam práticas vaginais em Moçambique (Bagnol e Mariano 2005; Bagnol e Mariano 2008).

Quanto a saúde reprodutiva, as raparigas revelam um fraco conhecimento sobre contracepção, incluindo os métodos naturais que elas referem ter aprendido. Adicionalmente, parte considerável delas revela não usar métodos contraceptivos, incluindo o preservativo. De entre as que conhecem e usam algum método, parte delas não conhece os efeitos secundários dos mesmos, e quando estes surgem, elas ficam desesperadas, o que sugere que não foram devidamente informadas sobre a possibilidade desses efeitos na altura em que começaram a usar o método.

Ao analisar uma situação similar no Zimbabué, Cornwall afirma que negar às mulheres informação detalhada sobre “...Pílula anticoncepcional, a injeção e o DIU⁴ infringe seus direitos reprodutivos e pode ter efeitos danosos a sua saúde e bem-estar” (Cornwall 2006: 234). Para a autora, o maior problema do programa implementado residia no facto de aquele querer impor modelos biomédicos em um contexto onde as pessoas têm fortes reações com os modelos explicativos locais sobre corpo e procriação. E, como alternativa para ultrapassar esse problema, foi feita uma combinação entre informações biomédicas, conhecimento popular e experiência de vida para desenhar conteúdos que usam os conhecimentos das comunidades como ponto de partida para promover informação sobre contracepção (Cornwall 2006).

Uma outra barreira resulta da dificuldade de acesso a métodos contraceptivos, sobretudo para raparigas, mas também para homens, como indicou um dos participantes de um dos grupos de discussão:

4. DIU é a designação para dispositivo intra-uterino um método temporário usado como método contraceptivo.

“...depois essa parte de planeamento familiar nem chega lá explica dizer de que o quê eu quero a planeamento familiar, disse sai fora espera pouco fica até doze você está aí, dizem que volta amanhã, há-de acabar dois meses, três meses só andar só não tem resultado por isso todas pessoas às vezes costuma não ir no hospital, ir no tradicional por causa de o quê o pegar é diferente, quando ir no tradicional com seu dinheiro e hoje, hoje”. (M-MAN-DGF-AD-04082011)

Em parte, devido a indisponibilidade desses métodos na US, alguns participantes referiram que buscam serviços dos curandeiros, *shehes* e ou matronas para obter contracepção,

“...leva amuleto amarra aqui para prevenir a grávida, depois de ver a criança crescer dois três anos vai de novo ao curandeiro e diz olha eu já preciso mais criança desata aquilo o curandeiros e começa a nascer de novo, o nosso medicamento principal é esse”. (M-CHI-EIP-CD-31072011)

Outras ainda são desencorajadas pelas regras religiosas vigentes, como ilustra o depoimento que se segue:

“O uso de pílulas e planeamento a igreja condena (...) Condena porque está a ver que tudo isso que são riscos de matar. Você pode usar pílulas morre, planeamento é morte, então isso significa que é um risco de vida”. (NCP-EP-EIP-LR-05082011)

A dificuldade de acesso a contraceptivos, incluindo o preservativo, é acompanhada por um fraco conhecimento sobre ciclos reprodutivos, incluindo sobre fertilidade, mesmo entre as raparigas.

“Quando a mulher está para ver a menstruação é aí onde nós dizemos que ela está no período fértil, ela está disponível para receber aquela semente para começar a germinar (risos)”. (N-NMC-DGF-JF-04082011)

Apesar de disponível, o preservativo é pouco acessível para os jovens, seja porque eles acham que ele não tem boa qualidade, que diminui o prazer sexual, ou porque têm medo de ser recriminados quando forem buscá-los. Uma das consequências da combinação de desconhecimento sobre fertilidade e inacessibilidade a métodos contraceptivos é levar a gravidez não planificada. Diante de uma gravidez não planificada, algumas raparigas escondem a gravidez, amarrando-a literalmente, com implicações negativas para a saúde da mãe ou da criança como na narrativa que se segue:

“Yaaa... aconteceu aqui em Magude. Uma jovem ficou grávida e começou a usar roupas apertadas para esconder a barriga de seus pais. Os pais e o professor só ficaram a saber que ela estava grávida no dia do parto, depois de professor ter levado-a para o hospital a pensar que ela estava com dores de barriga. Quando chegaram lá descobriram que ela estava com dores de parto. Infelizmente o bebé morreu por sufocação”. (M-MGD-DGF-JF-30072011)

Outras raparigas recorrem ao aborto inseguro como forma de contornar uma gravidez não planificada. Entretanto, e considerando que seriam hostilizadas na US caso fossem para lá para fazer um aborto, parte das raparigas recorre as matronas, curandeiros, tias, irmãs mais velhas ou amigas que as ajudam a encontrar medicamentos para induzirem o aborto. Induzido o aborto dirigem-se a US para fazer a correctagem (raspagem):

“...faz raspagem porque às vezes você aborta sozinha em casa (...) as vezes só com comprimido, às vezes com medicamento tradicional na tradição não há raspagem (...) você pode ficar com sujidade na barriga e o andar de tempo pode criar uma infecção”. (M-CHI-EIP-TS2-30072011)

“Acontecem mais abortos jovens, senhoras adultas (...) quando você faz aborto mesmo tens que ir para o hospital p’ra fazer lavagem aquela toda cena porque se você ficar assim, tem outras que ficam mais depois as consequências são mais piores mas tens que ir lá no hospital receber mais conselhos e ter mais informação”. (M-MAN-DGF-JF-02082011)

Em Chimoio, Namaacha e cidade de Nampula os farmacêuticos com os quais conversamos, informaram uma tendência crescente de uso de contracepção de emergência por parte das raparigas. Essa tendência crescente, notada em outros centros urbanos como a cidade de Maputo (Gune 2008; Ibraimo 2005), de usar contracepção de emergência e, em alguns casos, o aborto, como uma espécie de contraceptivo, constitui outra barreira que pode complicar a SSR das jovens.

A prevalência de raparigas que engravidam um pouco acima dos 10 anos de idade, apesar de aceite em alguns locais, desde que dentro do quadro social do casamento, pode contribuir para o surgimento de complicações reprodutivas, como a fístula, que pode ocorrer caso se trate de uma adolescente ou de uma jovem cujo corpo não esteja suficientemente desenvolvido ou não tenha assistência médica adequada em caso de complicação de parto.

Um outro aspecto que pode limitar a qualidade da saúde reprodutiva das mulheres, em particular, é o número de filhos que os casais esperam ter. De um modo geral, os participantes do estudo consideram quatro filhos como o número ideal, abaixo do qual seriam considerados poucos filhos e acima de cinco seriam considerados muitos,

“(...) elas costumam dizer que têm muitos filhos quando têm a partir de 5, 6, 7, quando você ouvir “ih estou cansada” é porque tem 7, 8 filhos (...); poucos são 2, 3, 4, p’ra eles não é nada”. (M-CHI-EIPSMI-29072011)

Para além daqueles que têm necessidades de prevenir a gravidez ou de cuidar da gravidez e zelar por um espaçamento adequado dos filhos, cujas necessidades são atendidas nas US, existem pessoas que querem ter filhos mas não conseguem e quando se dirigem a US’s não encontram respostas para as suas necessidades reprodutivas, como já notado em outros estudos (Mariano & Paulo 2009). Isso acontece apesar de a estratégia de género do MISAU prever a massificação de serviços para lidar com infertilidade e disfunções sexuais (MISAU 2009).

Como se pode depreender, existem diversos factores que limitam a possibilidade de os jovens terem uma vida sexual e uma SSR saudável. Esses factores incluem motivos individuais, comunitários e sociais. Essas barreiras deixam esses jovens e esses adolescentes ainda mais vulneráveis.

5.4. Normas de género⁵ e a promoção de saúde sexual e reprodutiva saudáveis

Os dados da pesquisa mostram a existência de desigualdades no acesso a informação e aos serviços de SSR que variam com o sexo e com os locais onde as pessoas estão inseridas.

5. Sobre género e saúde, Kriedger lembra que este é diferente de sexo, que sexo é biológico e género é social (Kriedger 2000). Segundo a autora, posto isto as intervenções em saúde devem analisar os factores sociais que interferem com a saúde das pessoas incluindo a busca por cuidados de saúde, e mesmo assumindo que em alguns casos esses factores variam com o sexo, este não deve ser o ponto de partida para análise.

A título de exemplo, os resultados indicam que em Nampula e em Nacala-Porto os jovens recebem informação sobre sexualidade e sobre SSR a nível das suas comunidades, o que lhes confere alguma capacidade para reconhecer alguns sinais e sintomas de ITS. Adicionalmente, esses jovens contam com uma estrutura comunitária que os orienta e ajuda a gerir a sua sexualidade e problemas sexuais e reprodutivos.

De forma contrária, nos outros locais pesquisados as raparigas recebem apenas informação sobre manejo e higiene do período menstrual, enquanto os rapazes não têm acesso a esses ensinamentos. Essa situação torna parte considerável dos jovens, em Namaacha, Magude, Chimoio e Manica, incapazes de reconhecer ITS e problemas reprodutivos. Para agravar esse quadro, esses jovens contam apenas com os meios de comunicação e amigos para gerir a sua sexualidade e problemas sexuais e reprodutivos. Uma vez que, no geral os *medias* só enfatizam práticas sexuais, e os seus amigos, no geral, enfrentam dificuldades e problemas similares aos seus, os jovens mantêm-se desprovidos de informação e habilidades sobre saúde sexual e reprodutiva.

Como já referido antes, a nível das comunidades, aspectos sobre reprodução fazem parte do domínio feminino; os rapazes ficam desprovidos de informação sobre reprodução, excepto quando os jovens acedem a esses conteúdos por via dos profissionais de saúde, dos activistas e dos manuais escolares. Como consequência, esses jovens sabem muito pouco sobre reprodução, ao extremo de não saberem que a infertilidade e a esterilidade podem afectar homens e mulheres.

Essa situação, na qual as raparigas são detentoras de conhecimentos sobre reprodução e os rapazes estão desprovidos dos mesmos, contribui para que os homens não saibam de que forma podem contribuir para prevenir uma gravidez. Como consequência, os rapazes deixam para as raparigas a responsabilidade de prevenir uma gravidez e para a rapariga e outras mulheres a responsabilidade de cuidar da gravidez, como indicam alguns depoimentos da pesquisa:

“Não existem serviços específicos p’ra homens (...) são serviços gerais quase p’ra todos, não só pra homens (...) esses serviços infelizmente o homem não participa até porque o ideal era de aparecer o homem com a sua esposa ne, minha esposa vamos fazer o planeamento não sei quê mas não acontece, a mulher vem sozinha, os homens não procuram esses serviços, sair o homem em casa não, onde o homem frequenta sozinho é nos serviços do ATS aconselhamento e testagem do HIV, aí sim o homem vai”. (M-CHI-EIPSMI-29072011)

Para reverter esse cenário a estratégia de género do MISAU prevê a inclusão de homens nos serviços de modo a que eles

“...se sintam mais livres para se deslocarem às unidades sanitárias, não só no seu papel de pais e esposos responsáveis, como também em busca de informação, aconselhamento e/ou tratamento, perdendo deste modo a noção de que “os verdadeiros homens não ficam doentes. O envolvimento do homem tem duas facetas: a maneira como o homem aceita e apoia as necessidades, escolhas e direitos em saúde reprodutiva da companheira e, o próprio comportamento sexual e reprodutivo do homem”. (MISAU 2009: 24)

Para o sucesso dessa estratégia torna-se necessário que as mulheres dêem acesso aos rapazes a informação sobre reprodução, até agora domínio partilhado apenas com as raparigas e futuras mães. Esforço similar deverá ser realizado pelos provedores formais e pelos provedores informais que deverão alargar o acesso da informação sobre reprodução disponibilizada para os rapazes. Como lembra a estratégia de género do MISAU que temos vindo a citar, torna-se necessário “Introduzir mudanças na abordagem dos conceitos de Saúde Sexual e Reprodutiva e nas estruturas sanitárias para que esta integre adequadamente o homem” (MISAU 2009: 24).

Um outro assunto ligado a género que emerge da pesquisa é a questão da VBG que afecta em particular TS e outras mulheres. Para as TS, a violência é o maior perigo que elas vivem e que temem na sua profissão. Essa violência é praticada pelos clientes e pessoas das suas comunidades quando descobrem que elas são TS. O cenário de violência agrava-se no caso de TS estrangeiras em situação de ilegalidade, uma vez que elas não podem dirigir-se a esquadra para reportar o caso, sob o risco de serem presas. Essas situações só contribuem para agravar ainda mais a vulnerabilidade dessas mulheres a ITS, HIV e a gravidezes não planificadas. Para além das TS, a VBG afecta outras mulheres, um dado que pode ser lido nos testemunhos que revelam que “...não se deve bater em mulheres grávidas”. Esta fala, para além de nos ensinar sobre os cuidados a ter com as mulheres grávidas, dá-nos acesso a um substracto que tolera a violência contra as mulheres que não estejam grávidas.

Outro aspecto a considerar é o facto de existir uma percepção generalizada segundo a qual o número ideal de filhos seria de quatro. Entretanto, e apesar de partilhada é, essencialmente sobre as mulheres que recai a responsabilidade de carregar a gravidez e de correr os riscos inerentes a cada uma delas.

Como os dados mostram, normas comunitárias e a estrutura dos serviços formais de SSR contribuem de diversas formas para gerar desequilíbrios de acesso a informação e a serviços importantes para reforçar a capacidade dos jovens fazerem escolhas informadas em matéria de SSR.

VI. Influência da população de alta mobilidade sobre a SSR

De um modo geral, o peso da alta mobilidade populacional sobre as dinâmicas da gravidez e das práticas sexuais varia com o contexto. Assim, em locais como Namaacha, Magude, Nacala-Porto e Nampula os participantes da pesquisa tendem a indicar que a presença de grupos de alta mobilidade social naqueles espaços contribui para o aumento de ITS, de gravidezes não planejadas e de abortos, em todos os grupos populacionais femininos. Este cenário pode ficar a dever-se ao senso de familiaridade que emerge em virtude de as pessoas envolvidas nas transações sexuais serem maioritariamente moçambicanas, num contexto onde se apregoa que as ITS e o HIV são problemas importados de países vizinhos e, ainda, onde escasseiam intervenções para populações em espaços de vulnerabilidade.

De facto, como indicam os dados da pesquisa, as clínicas nocturnas outrora existentes em Namaacha (Corredor de Maputo) e em Inchope (Corredor da Beira) deixaram de operar, existindo no momento apenas uma ONG a trabalhar na promoção do uso de preservativos entre trabalhadoras de sexo em Namaacha. Como consequência, grupos de alta mobilidade estão, de um modo geral, desprovidos de informação e de serviços adequados às suas necessidades linguísticas, de horários de atendimento e de localização privilegiada.

Com uma dinâmica parcialmente diferente, em Chimoio, Machipanda e Manica, por um lado, a nível da população geral a tendência parece ser similar àquela notada em Namaacha, Magude e Nacala-Porto, onde o aumento da presença de população de alta mobilidade parece contribuir para o aumento de ITS, de gravidezes não planejadas e abortos, segundo narrativas dos participantes da pesquisa. Entretanto, e por outro lado, os participantes da pesquisa insistem que a presença de população de alta mobilidade, com destaque para trabalhadoras de sexo de origem Zimbabueana, contribuiu para o aumento da oferta de serviços e, por outro lado, aumentou a exigência das trabalhadoras de sexo locais pelo uso do preservativo em todas as relações sexuais com clientes,

“...sim porque as zimbabueanas?! Até moçambicanas é muito fácil serem enganadas fazer sexo sem camisinha, mas zimbabueanas não aceitam nem um dia, costumam dizer eu saí da minha terra vim aqui não para engravidar nem para fazer sexo sem preservativos. Tenho família tenho filho lá pra cuidar! Não aceitam”. (M-CHM-EIP-TS2)

Essa posição desse grupo populacional, segundo narrativas captadas durante a pesquisa, associada à presença de programas como aquele levado a cabo pela PSI e pela HAI no passado e, recentemente, pelo programa 100% Vida, têm estado a contribuir para que as trabalhadoras de sexo aumentem o uso de preservativo, com implicações na redução de gravidezes não planejadas e de ITS. Entretanto, e apesar desses avanços, nota-se que os programas actuais centram-se em fortalecer as capacidades das TS para a prevenção de ITS, HIV e gravidezes não planejadas, deixando de lado os seus potenciais parceiros. Com base numa análise de experiências em programas de SSR com TS, Overs *et al* notam que o envolvimento das TS e de seus clientes nas acções de promoção de práticas sexuais seguras, bem como no combate a violência, contribui para a eficácia dos programas (Overs *et al* 2006).

Em uma outra situação, e em alguns locais onde predominam estrangeiros(as) em situação ilegal, como Chimoio, Manica e Nampula, parte considerável deles desconhece os serviços disponíveis nas US's, e também não se desloca para lá em caso de necessidade, com receio de ser repatriado dada a sua situação ilegal, outra situação já identificada em estudos anteriores

(PSI 2010). Apesar de não haver evidências que o atestem, esse cenário pode fazer com que as pessoas encontrem outras alternativas menos apropriadas para tratar de seus problemas de SSR em caso de necessidade, ou ainda recorram a serviços clandestinos de SSR com desfechos imprevisíveis.

De um modo geral, os grupos de alta mobilidade têm fraco acesso a material de IEC relevante para suas necessidades. Como se pode depreender, a influência da população de alta mobilidade sobre a dinâmica da SSR, varia com o facto de os grupos de alta mobilidade assumirem ou não medidas preventivas de forma enérgica e as intervenções que tenham sido implementadas no local.

Quanto a influência de grupos de alta mobilidade populacional sobre dinâmicas de SSR, os dados mostram que onde existam intervenções consistentes na área da SSR e haja grupos de alta mobilidade que insistem em adoptar medidas preventivas, isto contribui para uma crescente adopção dessas medidas. E, de forma contrária, onde existam populações de alta mobilidade que não assumam medidas preventivas, facilmente elas ficam sem ser adoptadas, expondo tanto as populações residentes permanentemente como as em trânsito a um risco acrescido de infecções por ITS e por HIV.

VII. Conclusões e recomendações

7.1. Conclusões

A presente pesquisa identificou quatro segmentos de audiência que, pese embora frequentem o mesmo espaço e algumas vezes se relacionam entre si e habitem esses mesmo espaço, eles apresentam características diferentes. O primeiro grupo é constituído pelos jovens, o segundo pelos pais, encarregados de educação e outros adultos responsáveis por encaminhar a vida sexual e reprodutiva dos jovens, o terceiro segmento é constituído por grupos de alta mobilidade e o quarto segmento é constituído por provedores de serviços de SSR.

Em termos de provisão de serviços, a nível formal existem as US's, os SAAJ's, o PGB e ONG's nos quais trabalham ou colaboram enfermeiras(os), médicas(os), conselheiras(os) activistas e educadores de pares que prestam serviços na área de SSR. Nas US's e em algumas ONG's está disponível informação, aconselhamento, testagem para ITS e HIV e seguimento, cuidados pós aborto e CPN. Outras ONG's, os SAAJ's e o PGB oferecem serviços de prevenção de ITS e referem os seus grupos-alvo para as US's para testagem de ITS e HIV e respectivo seguimento. Por seu turno, os activistas e os educadores de pares disseminam informação relativa à SSR.

A nível da comunidade, adultos são responsáveis pela educação sexual e reprodutiva dos jovens. Contudo, as raparigas são as que recebem informação sobre os dois assuntos, sexualidade e procriação, enquanto os rapazes recebem apenas informação relativa a sexualidade, quando a recebem. Deste modo, eles ficam desprovidos de informação sobre procriação e, em alguns casos sobre sexualidade e sobre SSR. Ainda a nível da comunidade, curandeiros, parteiras tradicionais, *shehes* e *maziones*, de acordo com a sua preponderância no local, prestam serviços ligados a sexualidade e procriação, com destaque para a oferta de medicamentos que facilitariam ou tornariam possível o processo de engravidar ou, de forma contrária, a contraceção. Entretanto, apesar de serem privilegiadas em termos de acesso a mais informação, as raparigas carecem de conhecimento sobre alguns detalhes ligados a fecundidade e fertilidade, o que as coloca em situação de risco de engravidar sem planificar.

De um modo geral, os jovens acham que a informação que recebem dos diversos provedores disponíveis são relevantes para eles, uma vez que lhes ensinam coisas que eles antes não sabiam. Quanto aos serviços, os jovens referem que se sentem desconfortáveis em dirigir-se a uma US em busca de serviços ou informação, por receio baseado em experiências anteriores, pessoais ou de seus pares, de ser hostilizado uma vez lá chegado. A hostilização é crítica no caso dos HSH's, mas também daqueles que buscam de cuidados para uma gravidez surgida antes de o relacionamento ter sido sancionado pelas famílias. A hostilização ocorre ainda no caso de busca de cuidados de aborto nas US's.

Em termos de canais de comunicação, a televisão e a rádio são os meios mais acessados pelos jovens. Palestras, cartazes e folhetos são outros canais que têm sido usados para alcançar esses jovens. Em termos de conteúdos, os materiais disponibilizados centram-se em aspectos como transmissão e prevenção para situação de penetração pénis-vaginal, testagem e tratamento para HIV, e esporadicamente e de forma genérica, abordam aspectos ligados a ITS. Intervenções na área da reprodução são escassas, excepção feita pela promoção e disponibilização do preservativo masculino, com o seu efeito de dupla protecção, nomeadamente para a prevenção da gravidez e de HIV e ITS.

Quanto aos canais e formas de transmissão de informação, se, por um lado, as palestras podem ser um bom mecanismo para transmitir a informação, por outro lado, é importante garantir que elas não se tornem apenas em um lugar onde os jovens escutam os provedores a falar. Assim, torna-se necessário promover formas de transmissão de informação que possibilite que os jovens participem com os seus saberes e as suas dúvidas. Programas interactivos de rádios comunitárias podem ser um bom ponto de partida para essa acção, à semelhança do que foi feito na África do Sul, onde a música contemporânea serviu de pretexto para abordar aspectos da SSR considerando a linguagem e as referências dos adolescentes e jovens, como mostra Ibrahim (2006).

De um modo geral, a nível das comunidades, a sexualidade e a reprodução são tidas como direitos inerentes às pessoas, desde que sejam praticados dentro das regras aceites no local. No caso da sexualidade, em Nampula e Nacala-Porto, a passagem pelos ritos de iniciação conferem legitimidade ao iniciado para entrar para a vida sexual. Diferentemente, nos outros locais é a idade que marca a fase na qual já se torna legítimo que uma pessoa se envolva em relações sexuais. Quanto a procriação, em todos os locais espera-se que esta ocorra numa relação socialmente reconhecida pelos membros das famílias envolvidas.

As comunidades promovem a SSR dos jovens das mais variadas formas. Assim, em alguns locais, como em Nampula e em Nacala-Porto os adolescentes são enviados para os ritos de iniciação, onde são introduzidos a matérias sobre sexualidade e sobre saúde sexual para os rapazes, e sobre higiene do corpo, sexualidade e reprodução, para as raparigas. Este cenário confere; a esses adolescentes informação de base para que eles possam iniciar a sua vida sexual com o mínimo de orientação, e ainda gozando do privilégio de ter alguém a quem recorrer para clarificar assuntos ou para ajudar a resolver problemas de natureza sexual ou reprodutiva.

Ainda a nível das comunidades, circulam valores que contribuem para proteger a saúde da mulher grávida, bem como a que aquela tenha uma gravidez tranquila. Entretanto, existe uma ideia dominante segundo a qual o número mínimo aceitável de filhos aceitáveis é de quatro, sendo qualquer número abaixo disso considerado pouco.

Quanto a factores que contribuem para a adopção de práticas que promovem uma sexualidade e uma reprodução saudáveis, destaca-se a disponibilidade de preservativos percebidos como sendo de boa qualidade, que motivam os jovens para o seu uso, contribuindo dessa forma para reduzir novas infecções por ITS, HIV, bem como gravidezes não planificadas. Quanto a gravidez, existem valores que promovem a fidelidade e restringem práticas sexuais durante esse período, o que pode contribuir para reduzir o risco de infecções nesse período, com benefício para a saúde da mãe e da criança. Adicionalmente, existe um conjunto de restrições sobre o consumo de bebidas alcoólicas e cigarro, uso de vestuário apertado e, ainda, a recomendação de que a mulher grávida deve ter uma boa alimentação, factores que concorrem para melhorar a qualidade de vida da mulher grávida e seu bebé.

De forma oposta, existem factores que contribuem para reduzir a qualidade da SSR. Por exemplo, a disponibilidade de preservativos percebidos como tendo baixa qualidade contribui para legitimar o seu não uso. Em todos os locais visitados, a captação e tratamento de contactos de pessoas com resultado positivo para ITS ou HIV são bastante baixos. Esses dois aspectos contribuem para a contínua propagação de ITS e HIV. Em alguns locais a hostilidade que as jovens enfrentam quando engravidam contribui para que elas escondam a gravidez ou recorram ao aborto, em alguns casos praticado com apoio de ou por influência dos pais,

“Sim, nos tempos em estamos, sabes, há muita cena que acontece está ver, gravidezes indesejadas, eh gravidezes precoces, e porquê? Por exemplo, podemos estar aí a curtir né e sabes que agora há muita violência sexual, está a perceber né, e um pai há vezes que entra em decisão, né pá nós temos que tirar né, nossa filha não está preparada p’ra ter isso ainda, é muito cedo mesmo, ya mais ou menos por aí”. (M-MGD-DGF-JMF-02082011)

“...no hospital é raro, aquilo que eu disse aqui, o hospital pode dar aborto quando ver que a condição de saúde desta mãe não é normal, mas o aborto geralmente é realizado nas casas por causa dessas duas situações que eu disse, primeiro recear do pai, outra coisa é uma vergonha minha filha ainda tem que casar, então é essas situação”. (M-CHI-EIPLR-27072011)

Uma outra barreira resulta do facto de parte considerável de estrangeiros residentes, sobretudo aqueles em situação ilegal, não terem acesso a serviços formais de SSR, o que pode estar a contribuir para a ocorrência de ITS sem tratamento adequado. De forma complementar, o facto de grupos de alta mobilidade não terem serviços disponíveis nos locais de trânsito ou de concentração pode estar a concorrer para que estes não tenham acesso aos mesmos.

Na área da saúde reprodutiva, o facto de em alguns locais as jovens usarem diversos produtos e soluções para aumentar atrito do canal vaginal pode contribuir para criar infecções e lesões internas com possíveis complicações futuras na saúde reprodutiva dessas mulheres.

Quanto a normas de género, o facto de as jovens serem as únicas detentoras de informação sobre reprodução contribui para manter os jovens afastados dos esforços de prevenção de uma gravidez, bem como de cuidar dela, deixando essas jovens com o fardo de cuidarem da gravidez sem apoio do parceiro. De forma complementar, a inexistência de serviços que respondam a necessidades específicas dos jovens em matéria de SSR contribui para reproduzir o estereótipo segundo o qual só as mulheres podem dirigir-se à US em busca desses serviços.

Os dados do estudo permitem concluir que a influência da população de alta mobilidade na dinâmica da SSR varia de acordo com o facto de os grupos de alta mobilidade assumirem ou não medidas preventivas de forma enérgica e as intervenções que tenham sido implementadas no local. Assim, locais onde existem intervenções consistentes na área da SSR e que haja grupos de alta mobilidade que insistem em adoptar medidas preventivas contribui para uma crescente adopção dessas medidas, como no caso do Chimoio, com dois efeitos positivos, um que seria a prevenção de ITS e HIV, e outro que seria a diminuição de gravidezes não planificadas e respectivas consequências.

De forma contrária, onde existam populações de alta mobilidade que não assumam medidas preventivas, facilmente elas ficam sem ser adoptadas, expondo tanto as populações residentes permanentemente como as em trânsito a um risco acrescido de infecções por ITS e por HIV. Esta situação contribui para a ocorrência de gravidezes não planificadas que, por sua vez, levam a abortos clandestinos, na sua maioria com consequências que vão desde a morte da adolescente ou da jovem até a problemas no aparelho reprodutivo.

7.2. Recomendações

Os resultados do presente estudo vêm mais uma vez lembrar a necessidade de se adotar uma abordagem integrada de direitos sexuais e reprodutivos baseada no respeito mútuo. Como parte da integração torna-se importante capitalizar os recursos cognitivos em uso nas comunidades e que são favoráveis a uma sexualidade e a uma saúde sexual e reprodutivas saudáveis, lembrando, porém, de acrescentar os elementos considerados relevantes numa relação de respeito mútuo.

Uma tal abordagem potencializaria mais e melhor conhecimento entre os jovens, uma vez que os mesmos teriam nas comunidades e nos provedores formais instituições a trabalharem com os mesmos propósitos e de forma combinada. Adicionalmente, uma tal abordagem potencializaria a sustentabilidade das ações, uma vez que, sendo da e estando na comunidade as pessoas que orientam a SSR dos jovens, eles estariam melhor habilitadas para com eles dialogar em sintonia com a informação fornecida pelos provedores formais.

Para o efeito, torna-se importante melhorar a colaboração e a partilha de informação entre os provedores formais e os provedores tradicionais de serviços, incluindo os diversos grupos envolvidos na construção e gestão da sexualidade e da SSR dos jovens em cada um dos locais onde a intervenção será levada a cabo. Adicionalmente, provedores de serviços formais e tradicionais deverão beneficiar de treinamento que vise melhorar as suas habilidades de comunicação e que os leve a adotar uma abordagem de direitos quando lidam com assuntos de sexualidade e SSR.

Em termos de conteúdo, é importante alargar o tipo de informação disponível sobre SSR para os jovens. Assim, e na área da saúde sexual, para além de informação sobre transmissão e prevenção de HIV por penetração pênis-vagina, torna-se necessário informar as pessoas dos riscos de infecção por ITS e por HIV, e das possibilidades de prevenção por via de sexo oral e do sexo anal. De forma complementar, torna-se importante socializar informação sobre o que são ITS, tipos de ITS, sinais e sintomas, formas de transmissão e prevenção. Outra informação importante de disseminar é a referência do(a)s parceira(o)s para testagem e tratamento em caso de resultado positivo para ITS e HIV. É também importante disseminar informação sobre a dupla protecção oferecida pelo preservativo.

Na área da saúde reprodutiva torna-se necessário explicar procedimentos para manter a higiene genital, em particular das mulheres, bem como explicar os riscos que a introdução de objectos estranhos e soluções caseiras no canal vaginal podem acarretar para a saúde reprodutiva das mulheres. Adicionalmente, torna-se importante reforçar a importância de as mulheres grávidas irem a CPN, assim como reforçar informação sobre os cuidados a ter durante a gravidez, em termos de alimentação, esforço físico, vestuário. De forma complementar, torna-se relevante melhorar a informação sobre os sinais e sintomas de situações de perigo durante a gravidez e procedimentos a seguir diante dessas situações.

Ainda na área de saúde reprodutiva torna-se necessário melhorar a informação disponível sobre contracepção, incluindo informação sobre efeitos secundários dos diversos métodos contraceptivos, de modo a que os utentes possam fazer escolhas informadas sobre os métodos a adoptar, e estejam preparadas para os efeitos secundários, bem como sobre procedimentos a tomar caso eles apareçam. Adicionalmente, torna-se importante abordar a questão do aborto seguro de forma clara, incluindo os riscos de um aborto inseguro para a saúde da mãe como um todo, e em particular, para a sua saúde reprodutiva.

Torna-se também importante oferecer informação sobre os serviços na área da SSR disponíveis para jovens de ambos os sexos, disponibilizar informação sobre o uso apropriado da contracepção de emergência, os riscos de usar o aborto como método contraceptivo e a importância de não o usar dessa forma. De forma complementar, é importante disseminar informação sobre a importância de espaçamento entre filhos e qual o espaçamento ideal.

Para disseminar esses conteúdos poderão continuar a ser combinadas as estratégias em curso, como educação de pares, palestras, cartazes e folhetos e *spots* televisivos e radiofônicos. Entretanto, os educadores de pares, os conselheiros e os activistas deverão antes beneficiar de capacitação e informação, para que possam prestar serviços de SSR que respeitem os direitos e as necessidades dos jovens.

Os conteúdos de IEC deverão ser disseminados usando uma linguagem e língua acessíveis para o grupo que se pretenda alcançar, bem como a partir de canais apropriados para cada grupo. Ao adoptarem uma abordagem de direitos, os provedores devem promover serviços que respondam às necessidades específicas de rapazes e de raparigas. Enquanto os rapazes necessitam de ter informação adicional sobre fecundidade e fertilidade, as raparigas precisam de informação adicional sobre ciclos reprodutivos e fertilidade e habilidades para usarem essa informação para prevenirem gravidezes não planificadas.

Para além da componente da informação, é importante desenhar serviços de SSR acessíveis a grupos de alta mobilidade. De forma complementar, estratégias futuras deverão melhorar o acesso dos jovens fora da escola a informação e serviços de SSR.

Referências

- Ayres, J. R. C. et al. 1997. “Vulnerabilidades e Prevenção em Tempos de AIDS” In: Barbosa, R. e R. Parker (org.). 1999. *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidade e Poder*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Arnfred, S. (2007) ‘Sex, Food and Female Power: Discussion of Data Material from Northern Mozambique’ *Sexualities* 10(2): 141-158.
- Bagnol, B. e E. Mariano (2008) Vaginal practices: eroticism and implications for women’s health and condom use in Mozambique, Routledge.
- Bagnol, B. e E. Mariano (2005) Estudo Género, Sexualidade e Práticas Vaginais. Relatório de pesquisa etnográfica realizada na cidade de Tete e no distrito de Changara de Julho a Setembro 2005. Maputo: WHO/ICRH.
- Bagnol, B e E. Chamo (2003) Titios e catorzinhas: pesquisa qualitativa sobre “sugar daddies” na Zambézia (Quelimane e Pebane), Moçambique: DFID/PMG Mozambique.
- Bagnol, B. (1996) Diagnóstico da Orientação sexual em Maputo e Nampula”. Maputo: Embaixada do Reino Dos Países Baixos, Maputo.
- Bique, C.; Djedje, M.; Gallo, M. *et al.* (2005). “Confrontando a mortalidade materna: a situação da atenção ao aborto nas unidades sanitárias do sector público em Moçambique” IPAS. Maputo.
- Bugalho, A. M. A. (1995) “Perfil epidemiológico, complicações e custo do aborto clandestino. Comparação com o aborto hospitalar e parto em Maputo, Moçambique”. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em medicina: área de tocoginecologia. São Paulo. Vol I.
- Caldwell, J.; Caldwell, P e P. Quiggin (1989), ‘*The Social Context of AIDS in sub-Saharan Africa*’. *Population and Development Review* 15 (2): 185-234.
- Cornwall, A. (2006) ‘Mapas corporais: unindo informações biomédicas, conhecimento popular e experiência de vida’, in: Cornwall, A. e A. Wellbourn (Org). *Direitos sexuais e reprodutivos: experiências com abordagens participativas*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Cruz e Silva, T. *et al* (2007) *Representations and practices of sexuality among the youth, and the feminization of AIDS in Mozambique. Research report*. Maputo: WLSA.
- Funari, S. L. (2003) ‘Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens’, *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (6): 1841-1844.
- Da Silva, D., Joseph, D., Gune, E., Mussá, F., Wheeler, J., Bendetti, M., e Chissano, M. (2010) *Estudo sobre vulnerabilidade e risco de infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens na cidade de Maputo, Lambda, Pathfinder, PSI e UNFPA*. Maputo.
- Direcção Provincial de Saúde de Nampula. 2011. Unidades Sanitária do Serviço Nacional de Saúde por Distrito I Semestre, 2010.

Direcção Provincial de Saúde de Manica. 2011. Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde por Distrito I Semestre, 2010.

Direcção Provincial de Saúde de Manica. 2010. Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde por Distrito I Semestre, 2010.

Governo da Província de Manica. Direcção Provincial de Saúde. 2011. Relatório semestral de actividades de SMI 2011.

Governo do Distrito do Manica. Serviço Distrital da Saúde, Mulher e Acção Social (2010) Plano Estratégico de Desenvolvimento do Distrito de Manica.

Governo da Província de Nampula (2010) Plano Estratégico de Desenvolvimento da Província de Nampula 2010-2020.

Gondim, R. C. & L. R. S. Kerr-Pontes (2000) 'Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza', *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 38 (3): 1-3.

Granja, A, C. (2002) "Maternal deaths in Mozambique. An audit approach with special reference to adolescence, abortions and violence". Stockholm.

Griffin, S. (S/D) Literature review on Sexual and Reproductive Health Rights: Universal Access to Services, focusing on East and Southern Africa and South Asia. Relay and realizing rights.

Gune, E. (2008) 'Momentos *liminares*: dinâmica e significados no uso do preservativo', *Análise Social*, XLIII (2.º): 297-318.

Hawkins, K.; Mussá, F. e S. Abuxahama (2005) *Milking the Cow": Young Women's Constructions of Identity, Gender, Power and Risk in Transactional and Cross-Generational Sexual Relationships*. Maputo: PSI.

Ibrahim, Z (2006) "'Chega de palestras chatas": Bush radio e a música contemporânea nas campanhas de consciencialização sobre AIDS', in: Cornwall, A. e A. Wellbourn (Org). *Direitos sexuais e reprodutivos: experiências com abordagens participativas*. Porto Alegre : Tomo Editorial.

Ibrahim, S. (2007) Motivações, percepções e experiências sobre o aborto na cidade de Maputo. Dissertação de licenciatura, Departamento de Arqueologia e Antropologia, Universidade Eduardo Mondlane.

INE (2010). Projecções da População 2007-2010. População da Província de Manica e Estrutura percentual por Sexo e idade.

INE (2007). Senso da população.

MISAU; INE, e ICF Macro (2011) *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009*. Maryland: INS, INE e ICF Macro.

Jacinto, E. (2007) *A Experiência da Participação Comunitária em Moçambique no acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Barcelona: Medicus Mundi.

Karlyn, A. (2005) 'Intimacy revealed: Sexual experimentation and the construction of risk among young people in Mozambique' *Culture, Health & Sexuality* 7(3): 279–292.

Kim, B. (2006) "Lições da tia Stella": educação sobre saúde reprodutiva nas escolas secundárias do Zimbabué, in: Cornwall, A. e A. Wellbourn (Org). *Direitos sexuais e reprodutivos: experiências com abordagens participativas*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

Kriedger, N. (2003) 'Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter?', *International Epidemiological Association*, 32: 652-657.

Loforte, A. M. 2003. Práticas culturais em relação a sexualidade e representações sobre saúde e doença. Maputo: Centro de Estudos da População.

Machel, J. Z. (2001) 'Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class', *Reproductive Health Matters*, 9 (17): 82-90.

Manuel, S. (2005) 'Obstacles to Condom Use Among Secondary School Students in Maputo City, Mozambique', *Culture, Health and Sexuality*, 7 (3): 293-302.

_____ (2004) Love and desire: concepts, narratives and practices amongst youths in Maputo City. Masters dissertation, Department of Social Anthropology, University of Cape Town.

Mariano, E. e Paulo, M. (2009) Infertilidade, Fertilidade: Áreas escondidas do nosso quotidiano?, Maputo: Kula, Estudos e Pesquisas Aplicadas, Lda.

Maseko, S. (2009) A importância de se ligar os direitos de SSR e HIV, disponível em www.safaid.net. 30.

Martinez, L. (1989) *O povo Macua e a sua cultura*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical.

Medeiros, E. (2007). *Os Senhores da Floresta. Ritos de Iniciação dos Rapazes macuas e lómuês (de Moçambique)*. Porto: Edição do Campo das Letras.

Ministério da Saúde do Brasil (2009) Pessoa com deficiência- Direitos Sexuais e Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde. Documento preliminar. Ministério de Saúde do Brasil.

MISAU-Unidade de género (2009) Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género no Sector da Saúde. Maputo: MISAU.

MISAU/DNS/DSC (2005). Relatório do encontro sobre "O Aborto Inseguro em Moçambique: Que desafios?". Maputo: MISAU.

N'weti (2011a) Revisão de Literatura sobre População de Alta Mobilidade em Moçambique. N'weti: Maputo.

N'weti (2011b) Análise do Contexto dos Direitos Sexuais e Reprodutivos em Moçambique. N'weti: Maputo.

N'weti (2009) Silêncio, Segredos e Mentiras: MCP - Parceiros Múltiplos e Concorrentes (HIV). MCP – Relatório de pesquisa de audiência. Maputo, N'weti.

OIM (2010). *Avaliação da USAID das populações móveis. Relatório nacional, Moçambique*. Maputo: OIM.

OMS (2004) Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra.

ONUSIDA (2001). A mobilidade da população e o SIDA. Maputo: ONUSIDA.

Overs, C.; Dozema, J. e Meena Shivdas. (2006) 'Algo além da conversa? A participação dos profissionais de sexo em intervenções referentes à saúde sexual e reprodutiva', *in*: Cornwall, A. e A. Wellbourn (Org). *Direitos sexuais e reprodutivos: experiências com abordagens participativas*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

PSI (2010) Vulnerabilidades invisibilizadas: Estudo etnográfico sobre grupos, comportamentos e práticas de risco face ao HIV nas Vilas de Manica & Dondo. PSI: Maputo.

PSI (2009) Pintando a fronteira: Estudo Etnográfico na Fronteira de Ressano Garcia. PSI: Maputo.

NU (2006) Política de Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos. Nações Unidas.

UA (2006) Plano de Acção de Maputo para a Operacionalização do Quadro de Política Continental para a Saúde e DSR 2007 - 2010. Maputo.

N'weti | 2011