

Autores

Abdulai Dade
Ana Jacinto
Baltazar Chilundo
Boaventura Cau
Carlos Arnaldo
Elsa Maria Langa
Esmeralda Mariano
Inês M. Raimundo
José Raimundo
Mónica Frederico
Ramos Muanamoha
Sandra Gonçalves

Este livro do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA) faz parte da série de publicações sobre questões de população e saúde em Moçambique cujo objectivo é contribuir para o conhecimento das dinâmicas de população e saúde, relevantes para o desenho e implementação de programas e políticas públicas nas áreas de população e saúde, bem como no processo de formação superior nestas áreas. Este livro é o segundo da colecção “População e Saúde” e é dedicado aos assuntos demográficos e de saúde de adolescentes e jovens.

Apoio financeiro:



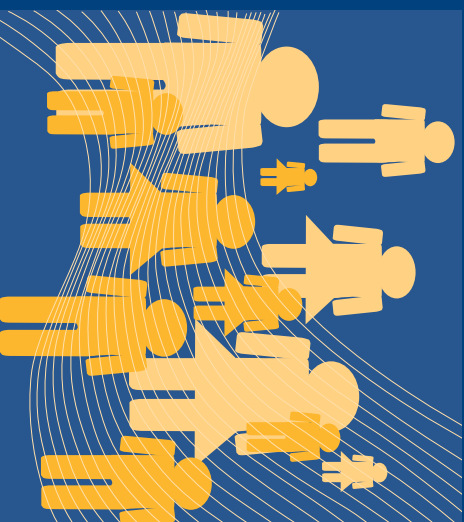
www.cepsamoz.org



Boaventura M. Cau
Carlos Arnaldo

CEPSA Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde

Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde



Organização

Boaventura M. Cau | Carlos Arnaldo



O CEPS é instituição comprometida com a promoção do bem-estar dos moçambicanos através da realiação da pesquisa relevante para a formulação e implementação de políticas e programas de população e saúde pública e apresentação de resultados de pesquisas em material facilmente consumível pelos fazedores de políticas (*policy makers*) e implementadores de programas.

Visão

Ser um centro de excelência na produção de conhecimento científico aplicado ao melhoramento das políticas de saúde e bem-estar da população.

Missão

Construir capacidades e empoderar comunidades para a promoção do direito à saúde através de acções combinadas de pesquisa, advocacia, monitoria e avaliação.

Valores

Excelência, transparência e ética
Independência
Igualdade de direitos e de género
Inovação

Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde

Organização

Boaventura M. Cau | Carlos Arnaldo

CEPSA



Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde

Organização

Boaventura M. Cau | Carlos Arnaldo



Título

Adolescentes e Jovens em Moçambique:
uma Perspectiva Demográfica e de Saúde

Organização

Boaventura M. Cau
Carlos Arnaldo

Edição

CEPSA

Design Gráfico e Paginação

Lurdes Faife

Revisão

David Seth Langa
Gilberto Matusse

Impressão e Acabamento

FM Comercial

Número de Registo

8320/RLINLD/2015

ISBN

978-989-98516-5-8

Tiragem

1000 Exemplares

Endereço do Editor

Rua de França, n.º 72 R/C
Tel: +258 21 415 328
cepsa@cepsamoz.org
www.cepsamoz.org
Maputo – Moçambique

Maputo, Dezembro de 2014

O CEPSA agradece:

Ao Mecanismo de Apoio à Sociedade Civil (MASC),
pelo apoio financeiro;

Ao Instituto Nacional de Estatística (INE), pela
disponibilização das bases de dados.

Conselho Editorial

Carlos Arnaldo

Centro de Pesquisa em População e
Saúde
Maputo, Moçambique

Boaventura M. Cau

Centro de Pesquisa em População e
Saúde
Maputo, Moçambique

Ndola Prata

School of Public Health
University of California, Berkeley
Berkeley, Estados Unidos da América

Serafim Adriano Alberto

Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Baltazar Chilundo

Centro de Pesquisa em População e
Saúde
Maputo, Moçambique

**Sandra Dzidzai Matanyaire
Gonçalves**

University of Cape Town
Cape Town, Africa do Sul

Adriano Biza

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Ramos Muanamoha

Centro de Pesquisa em População
e Saúde
Maputo, Moçambique

Humberto Muquingue

Centro de Pesquisa em População e
Saúde
Maputo, Moçambique

Inês Macamo Raimundo

Centro de Pesquisa em População e
Saúde
Maputo, Moçambique

Mohsin Sidat

Faculdade de Medicina
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Rogers Justo Hansine

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Sandra Manuel

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Luciana Soares Luz

Centro de Desenvolvimento e
Planejamento Regional
Universidade de Minas Gerais
Belo Horizonte, Brasil

Francisco Chicamisse

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Xavier Agostinho Chavana

Ministério da Planificação e
Desenvolvimento
Maputo, Moçambique

Gilberto Norte

United Nations Fund for Population
Activities (UNFPA)
Maputo, Moçambique

Autores

Abdulai Dade

Técnico superior de demografia N1 no Instituto Nacional de Estatística (INE), Mestre em Demografia (2013) pela Universidade Federal de Minas Gerais e Licenciado em Geografia (2001) pela Universidade Eduardo Mondlane. As suas áreas de interesse incluem dinâmica demográfica, saúde reprodutiva e fecundidade.
abdulai.dade@ine.gov.mz.

Ana Jacinto

Oficial sénior de monitoria e avaliação da *Pathfinder* Internacional Moçambique, Licenciada em Sociologia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (2003) da Universidade Técnica de Lisboa e, actualmente, frequenta o Mestrado em Saúde Pública na Universidade de Londres. As suas áreas de interesse incluem saúde pública, saúde reprodutiva e HIV e SIDA.
Ajacinto@pathfinder.org

Baltazar Gonçalo Mazungane Chilundo

Médico generalista, Doutorado em Saúde Pública, pela *University of Oslo* (2004), Licenciado em Medicina pela Universidade Eduardo Mondlane (1999). Actualmente, é Professor Auxiliar, chefe do Departamento de Saúde da Comunidade e coordenador do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. É investigador associado ao Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA), membro da Ordem dos Médicos e da Associação dos Médicos de Moçambique. As suas áreas de interesse incluem HIV e SIDA, saúde sexual e reprodutiva, imunização, malária, políticas de saúde, recursos humanos em saúde e cuidados de saúde primários.
baltazar.chilundo@gmail.com

Boaventura Manuel Cau

Investigador e coordenador da área de pesquisa e desenvolvimento de capacidades no Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). Professor Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) onde exerce as funções de chefe de Departamento de Geografia. Doutorado em Sociologia (2011) pela *Arizona State University*, Mestre em Estudos de Terras e Agrários (2005) pela *University of the Western Cape* e Licenciado em Geografia (1998) pela UEM. As suas áreas de interesse incluem mortalidade, saúde reprodutiva, HIV e SIDA, migrações e saúde.
bcau@cepsamoz.org

Carlos Arnaldo

Investigador e Director do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA), Professor Associado da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) onde exerce as funções de Director-Adjunto para investigação, no Centro de Estudos Africanos. Doutorado em Demografia (2003) e Mestre em Estudos de População (1999) pela *Australian National University*, Licenciado em Geografia (1996) pela UEM. As suas áreas de interesse incluem estimação e dinâmica demográfica, fecundidade, nupcialidade, saúde reprodutiva e HIV e SIDA.

carnaldo@cepsamoz.org

Elsa Maria Langa

Professora de Biologia e Química do ensino secundário geral na Escola Secundária da Machava-sede, onde exerce as funções de Delegada de Disciplina de Biologia. Mestre em Saúde Pública com a orientação para promoção de saúde e controlo de doenças (2013) pela Universidade Eduardo Mondlane, Licenciada em Ensino de Biologia e Química (2002) pela Universidade Pedagógica. As suas áreas de interesse incluem saúde sexual e reprodutiva e HIV e SIDA.

elsalanga@gmail.com

Esmeralda Mariano

Docente e Investigadora no Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. Doutorada em Antropologia Social e Cultural (2014) pela Universidade Católica de *Leuven*, *Institute for Anthropological Research in Africa*, Mestre em Antropologia Social com enfoque em Ecologia Humana (2001) pela *University of Bergen*, Licenciada em Letras e Filosofia (1998) pela *Università degli Studi di Genova*. As suas áreas de interesse incluem género, corpo, sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, infertilidade, HIV e SIDA, medicina tradicional e antropologia ecológica.

esmeraldamariano3@gmail.com

Inês M. Raimundo

Investigadora associada ao Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). Professora Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Doutorada em Migrações Forçadas (2009) e Mestre em Geografia Humana (2002) pela *the University of the Witwatersrand*, Licenciada em Geografia (1995) pela UEM. Actualmente exerce as funções de Directora-Adjunta para Pós-Graduação da FLCS. As suas áreas de interesse incluem migrações (internas e internacionais), questões urbanas, segurança alimentar, HIV e SIDA, meio ambiente e género.

inesmacamo@gmail.com

José Raimundo

Docente da Universidade Pedagógica (UP) e investigador associado ao Centro de Análise de Políticas da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. Doutorado em Antropologia (2008) e Mestre em Antropologia e Sociologia do Desenvolvimento (2001), pela Universidade de Paris VIII, Licenciado em Ensino de História pelo extinto Instituto Superior Pedagógico (1992), actualmente UP. As suas áreas de interesse incluem gestão e conflito de terras, mercado de terras urbanas, migrações e mitos e cultural material.

jaraimundo@hotmail.com

Mónica Frederico

Investigadora do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Mestrada em Desenvolvimento Rural (2009) e Licenciada em Geografia (2002) pela UEM. As suas áreas de interesse incluem desenvolvimento rural e saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens.

mfrederico45@gmail.com

Ramos Cardoso Muanamoha

Professor Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Doutorado em Estudos de População (2008) pela *University of KwaZulu-Natal*, Mestre em Demografia (1995) pela Universidade Federal de Minas Gerais, Licenciado em Geografia (1988) pela *Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg*. Investigador associado ao Centro de Pesquisa em População e Saúde e Director do Centro de Análise de Políticas da UEM. As suas áreas de interesse incluem dinâmica demográfica, migração e distribuição espacial da população.

ramos.muanamoha@gmail.com

Sandra Dzidzai Matanyaire Gonçalves

Investigadora associada ao Centro de Pesquisa em População e Saúde e ao Kaleidoscopio – Pesquisa em Políticas Públicas e Cultura. Mestre em Estudos de População (2005) pela *University of Western Cape*, Mestre em Demografia (2009) pela *University of Cape Town*, Licenciada em Estatística (2002) pela *University of Cape Town* e, Doutoranda em Demografia no *Centre for Actuarial Research da University of Cape Town*. As suas áreas de interesse incluem métodos de estimação demográfica, mortalidade infanto-juvenil, saúde materna e infantil e saúde reprodutiva.

s.goncalves@kaleidoscopio.co.mz



INDICE

Capítulo 1

Introdução

Boaventura M. Cau

Carlos Arnaldo

1

Capítulo 2

A Idade Sexual e Reprodutiva das Adolescentes e Jovens: Dinâmicas e Contraste entre os Discursos e a Prática

Esmeralda Mariano

5

Capítulo 3

Perfil Demográfico e Socioeconómico dos Adolescentes e Jovens em Moçambique

Sandra Dzidzai Matanyaire Gonçalves

29

Capítulo 4

Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde Sexual e Reprodutiva entre as Adolescentes e Jovens Migrantes e Não-Migrantes em Moçambique

Ramos Muanamoha

61

Capítulo 5

Tendências e Factores Associados à Maternidade Precoce em Moçambique

Carlos Arnaldo

Mónica Frederico

Abdulai Dade

87

Capítulo 6

Determinantes do Uso dos Serviços de Saúde Sexual Reprodutiva pelas Mulheres Jovens em Moçambique: Estado Actual e Implicações

Baltazar Chilundo

Ana Jacinto

111

Capítulo 7

Factores Individuais e Contextuais Associados ao Comportamento Sexual de Risco entre os Jovens em Moçambique

Boaventura M. Cau

147

Capítulo 8

HIV e os Desafios do Ensino e Aprendizagem: uma Análise das Percepções e Riscos de Contrair o HIV em Adolescentes do Ensino Secundário em Maputo

Elsa Langa

Baltazar Chilundo

175

Capítulo 9

Entre o “Querer” e o “Não Querer” Proteger-se da Infecção pelo HIV: Experiência de Esposas de Migrantes em Idade Jovem na Província de Gaza

Inês M. Raimundo

José A. Raimundo

207

Capítulo 10

O Estigma da Infecção pelo HIV e SIDA e a Testagem do HIV entre os Jovens em Moçambique

Boaventura M. Cau

231

INDICE DE TABELAS

Tabela 3.1:	Distribuição populacional dos censos de 1997 e 2007 e projecções populacionais para 2014 e 2040, Moçambique	32
Tabela 3.2:	Distribuição percentual de adolescentes e jovens por província, censos de 1997 e 2007, Moçambique	34
Tabela 3.3:	A distribuição provincial de adolescentes e jovens, calculada como a percentagem da soma nacional dos mesmos, censos de 1997 e 2007, Moçambique	35
Tabela 3.4:	Distribuição por sexo e província de adolescentes e jovens, Censo 1997 e Censo 2007, Moçambique	36
Tabela 3.5:	Densidade populacional por província e idade, censos de 1997 e 2007, Moçambique	37
Tabela 3.6:	Prevalência de HIV entre adolescentes e jovens por sexo e idade	38
Tabela 3.7:	A prevalência de HIV por província e faixas etárias dos 10 aos 34 anos e 15 aos 34 anos.	40
Tabela 3.8:	Taxas líquidas de migração inter-provincial por faixa etária e sexo, usando amostras de 10% dos censos 1997 e de 2007	45
Tabela 3.9:	Taxas específicas de fecundidade por faixa etária e área de residência (urbana/rural), IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008 e IDS 2011	47
Tabela 3.10:	Orfandade materna por faixa etária e área de residência, censos 1997 e 2007	48
Tabela 3.11:	Chefes de agregados familiares por área de residência e sexo, censos 1997 e 2007	49
Tabela 3.12:	Estado civil entre adolescentes e jovens por faixa etária e sexo, censos 1997 e 2007, Moçambique	50
Tabela 3.13:	Estado de alfabetização por faixa etária e sexo, censos de 1997 e 2007, Moçambique	51
Tabela 3.14:	Actividade que fez na semana de referência por faixa etária e sexo, censos 1997 e 2007	53
Tabela 3.15:	Conhecimento da língua portuguesa por sexo e faixa etária, censos de 1997 e 2007	54
Tabela A3.1:	População total, segundo os censos de 1997 e 2007, projecções para os anos de 2014 e 2040, Moçambique	59
Tabela A3.2:	Taxas específicas de mortalidade/1000 pessoas por sexo e idade, censos de 1997 e 2007	60

Tabela 4.1	Adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes por área de residência actual e prévia	68
Tabela 4.2:	Posição no agregado familiar das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	69
Tabela 4.3:	Estado civil das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	69
Tabela 4.4:	Ouvir falar das DTS entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	70
Tabela 4.5:	Ouvir falar de SIDA entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	71
Tabela 4.6:	Conhecimento das formas de evitar SIDA entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	72
Tabela 4.7:	Formas de evitar SIDA, segundo as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	72
Tabela 4.8:	Número de parceiros sexuais, além do esposo, tidos no último ano pelas adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	73
Tabela 4.9:	Teste de HIV e SIDA entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	74
Tabela 4.10:	Interesse em submeter-se ao teste de HIV e SIDA entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	74
Tabela 4.11:	Conhecimento de algum lugar onde se possa obter teste de HIV e SIDA entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	75
Tabela 4.12:	Lugar onde obter teste de HIV e SIDA, segundo as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	76
Tabela 4.13:	Proporção de adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes segundo o meio pelo qual tiveram conhecimento do planeamento familiar (PF)	77
Tabela 4.14:	Métodos de PF conhecidos entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	77
Tabela 4.15:	Métodos de PF usados entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	78
Tabela 4.16:	Intenção de uso de métodos de planeamento familiar entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	78
Tabela 4.17:	Tipo de métodos de planeamento familiar preferidos entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	79
Tabela 4.18:	Principal motivo para o não uso de métodos de PF entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	80
Tabela 4.19:	Desejado ou não o nascimento do último filho entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes	80

Tabela 5.1:	Número de mulheres incluídas na análise por ano de inquérito	93
Tabela 5.2:	Descrição de variáveis independentes	94
Tabela 5.3:	Comportamento sexual e reprodutivo das mulheres de 15 a 19 anos, Moçambique 1997-2011	95
Tabela 5.4:	Razões de probabilidade de risco de maternidade precoce de acordo com características socioeconómicas das mulheres, Moçambique 1997-2011	100
Tabela 6.1 –	Proporção de mulheres de idade entre 15 e 49 anos que tiveram um parto institucional, e proporção de mulheres de idade entre 15 e 49 anos, em união, que estavam a usar um método moderno de contracepção no momento do inquérito, por área de residência (urbano/rural), região e província, em Moçambique: comparação entre os dados do MICS 2008 e do IDS 2011	116
Tabela 6.2:	Número de pessoas entrevistadas por tipo, localização e função a nível comunitário e nível distrital	119
Tabela 6.3:	Número de pessoas entrevistadas por tipo, localização e função por nível provincial e central	120
Tabela 6.4:	Exemplos de mulheres que tiveram parto fora da maternidade e mencionaram problemas de transporte e distâncias nas províncias de Cabo Delgado, Zambézia e Inhambane	126
Tabela 6.5:	Exemplos de mulheres expressando falta de conhecimento sobre o PF, por idade, área de residência e província	130
Tabela 7.1:	Estatísticas descritivas seleccionadas, Mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	155
Tabela 7.2:	Estatísticas descritivas seleccionadas, homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	157
Tabela 7.3:	Estatísticas descritivas seleccionadas, homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	158
Tabela 7.4:	Factores individuais associados com a prática da actividade sexual insegura entre as mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	159
Tabela 7.5:	Factores individuais associados com o início da actividade sexual antes dos 15 anos de idade, mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	161
Tabela 7.6:	Factores contextuais associados com a prática da actividade sexual de risco entre as mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	162
Tabela 7.7:	Factores contextuais associados com o início precoce da actividade sexual entre as mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	163

Tabela 7.8.	Factores individuais associados com a prática de actividade sexual insegura entre os homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	164
Tabela 7.9:	Factores individuais associados com o início da actividade sexual antes dos 15 anos entre os homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	166
Tabela 7.10:	Factores contextuais associados com a prática de actividade sexual insegura entre os homens dos 15-24 anos, Moçambique 2011	167
Tabela 7.11:	Factores contextuais associados com o início da actividade sexual antes dos 15 anos entre os homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	168
Tabela 8.1:	Composição da amostra dos adolescentes	181
Tabela 8.2.	Composição da amostra dos professores	181
Tabela 8.3:	Conhecimento correcto e errado dos adolescentes sobre transmissão do HIV	185
Tabela 8.4:	Conhecimento correcto e errado dos adolescentes sobre Prevenção do HIV	186
Tabela 8.5:	Conteúdos integrados no curriculum escolar e sua implementação	191
Tabela 10.1.	Características seleccionadas das jovens e dos jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	239
Tabela 10.2.	Factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA entre as jovens e os jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique (Coeficientes não Transformados)	242
Tabela 10.3	Características seleccionadas das jovens e dos jovens por teste de infecção pelo HIV, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	245
Tabela 10.4.	Associação entre o estigma da infecção pelo HIV e SIDA e a testagem da infecção pelo HIV entre as jovens e os jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	247
Tabela A10.1	Consistência interna dos itens usados para criar a escala do estigma da infecção pelo HIV e SIDA, jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique	255

INDICE DE FIGURAS

Figura 3.1: Pirâmide populacional dos censos de 1997 e 2007 e projecções populacionais para 2014 e 2040, Moçambique	31
Figura 3.2: Distribuição regional de adolescentes e jovens por faixa etária, censos de 1997 e 2007, Moçambique	33
Figura 3.3: Prevalência de HIV em adolescentes e jovens por sexo e idade	39
Figura 3.4: Proporção das mortes atribuídas a causas maternas entre mulheres dos 15 aos 49 anos por faixa etária, INCAM 2007/8 e IDS 2011	42
Figura 3.5: Taxas específicas de mortalidade/1000 pessoas por sexo e idade, censos de 1997 e 2007	43
Figura 3.6: Taxas específicas de mortalidade/1000 pessoas para adolescentes e jovens por sexo e faixa etária, censos de 1997 e 2007, Moçambique	43
Figura 3.7: Percentagem de adolescentes e jovens que não sabem falar a língua portuguesa por faixa etária e residência, censos 1997 e 2007, Moçambique	55
Gráfico 5.1: Taxa de fecundidade na adolescência, Moçambique 1997-2011	97
Gráfico 5.2: Percentagem de mulheres entre 18 e 24 anos que tiveram o seu primeiro filho antes dos 15 e antes dos 18 anos, Moçambique 1997-2011	97
Gráfico 5.3: Percentagem de mulheres que já são mães por idade, Moçambique 1997-2011	98
Figura 6.1: Quadro conceptual para análise dos determinantes da demanda e da oferta que influenciam as três demoras para partos institucionais e contracepção.	113
Figura 6.2 : Relação dos indicadores do ciclo vital de saúde das mulheres em idade reprodutiva nas províncias de Zambézia, Cabo Delgado e Inhambane, IDS 2011	117
Figura 6.3: Mapa de Moçambique com os locais do estudo assinalados pelo ponto vermelho	118
Figura 6.4: Diferenças provinciais dos determinantes dos partos institucionais	135
Figura 6.5: Diferenças provinciais dos determinantes de acesso à contracepção	137
Figura 8.1: Conhecimento de transmissão e prevenção de HIV segundo o sexo	183

Figura 8.2: Conhecimento de transmissão e prevenção de HIV segundo a idade	184
Figura 8.3: Conhecimento de transmissão e prevenção de HIV segundo o nível de escolaridade	184
Figura 8.4: Método de prevenção de HIV usado na primeira relação sexual	187
Figura 8.5: Relações sexuais ocasionais no seio dos adolescentes	188

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

Boaventura M. Cau

Carlos Arnaldo

De acordo com o Censo de 2007, os adolescentes e jovens (10 aos 24 anos) correspondiam a 32% do total da população em Moçambique (INE, 2013). O tamanho deste grupo torna relevante o conhecimento das suas dinâmicas demográficas e do seu estado de saúde, não só para compreender os determinantes da saúde dos adultos no futuro, como também das suas implicações sociais e económicas. A adolescência e a juventude são uma etapa da vida cheia de riscos e desafios. Entre os vários riscos e desafios, com potencial de comprometer a capacidade de gozar uma vida presente e futura saudável, contam-se estilos de vida repreensíveis, a residência em condições precárias, a desistência escolar, os acidentes rodoviários, o início precoce da actividade sexual e reprodutiva, os casamentos prematuros e as gravidezes precoces.

O HIV e SIDA também está entre os riscos que os adolescentes e jovens moçambicanos, principalmente os do sexo feminino, enfrentam hoje em dia. O Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique realizado em 2009, constatou que 11,1% das mulheres e 3,7% dos homens com 15 a 24 anos de idade estão infectados pelo HIV (INS, INE & ICF Macro, 2010). Existe uma necessidade de melhor conhecimento da natureza e dinâmica dos riscos e desafios que ameaçam o bem-estar dos adolescentes e jovens em Moçambique e dos aspectos que levam os mesmos a adotarem comportamentos e práticas que os protegem dos riscos e desafios inerentes à sua idade. Ao mesmo tempo, os adolescentes e jovens moçambicanos estão num processo de transição para a vida adulta, numa altura em que o país regista mudanças económicas, sociais, culturais e políticas. Estes factores estruturantes têm um impacto profundo, não só no bem-estar presente de adolescentes e jovens no país mas também na sua capacidade de transitar com sucesso para uma vida adulta saudável e produtiva. A juventude é também um período de vida de grande mobilidade geográfica. Entre os motivos da mobilidade dos jovens, contam-se a busca de melhor educação e oportunidades económicas. As implicações desta mobilidade na saúde dos jovens não são suficientemente conhecidas.

Face ao contexto descrito acima, o Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA) organizou este livro que junta contribuições de investigadores ligados a disciplinas tais como saúde pública, medicina, demografia, geografia, sociologia e antropologia. O livro está organizado de forma a ser útil para uma vasta audiência que inclui planificadores e decisores de políticas de desenvolvimento e de saúde, organizações governamentais e não-governamentais que trabalham em assuntos de adolescentes e jovens, estudantes do ensino superior (graduação e pós-graduação) e público em geral.

O livro tem dez capítulos. Após este primeiro capítulo, segue-se uma reflexão sobre o uso da idade como um critério de definição de adolescente e jovem no contexto de sexualidade, saúde sexual e reprodutiva (Capítulo 2). Usando dados dos censos de população de 1997 e 2007 e dos inquéritos populacionais de base nacional, o terceiro capítulo traça um perfil demográfico e socioeconómico dos adolescentes e jovens moçambicanos, explorando diversos aspectos como a distribuição populacional, a migração interna, fecundidade, a alfabetização, actividade económica, a morbilidade

e mortalidade. Alguns destes aspectos são complementados em capítulos subsequentes (c.f. Capítulo 4 e Capítulo 5).

O quarto capítulo avalia conhecimentos, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes em Moçambique. O capítulo revela alguma vantagem das migrantes sobre as não-migrantes em termos de conhecimentos sobre aspectos de saúde sexual e reprodutiva.

O quinto capítulo analisa a tendência e os factores associados à maternidade precoce em Moçambique. O estudo confirma Moçambique como um dos países onde as mulheres começam a procriação a uma idade muito jovem e discute os factores por detrás dessa situação.

O sexto capítulo examina os determinantes do uso dos serviços de saúde sexual reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique. O mesmo mostra que o conhecimento e as atitudes em relação aos serviços de planeamento familiar e de saúde materna estão a melhorar gradualmente, embora ainda existam mulheres que dão parto fora das maternidades.

O sétimo capítulo debruça-se sobre factores individuais e contextuais que influem na prática de comportamento sexual de risco entre os jovens em Moçambique. O mesmo chama a atenção à necessidade de ter em conta não só as características particulares dos jovens, mas também o contexto em que os mesmos estão inseridos com vista a entender a sua exposição ao comportamento de risco. Na mesma linha, o oitavo capítulo analisa as percepções e riscos de contrair o HIV em adolescentes, num contexto escolar. O mesmo revela que mais de metade dos adolescentes acham que têm conhecimento para se prevenirem do HIV e que não estão em risco de contrair o HIV. Contudo, o estudo constatou que, na prática, os adolescentes, principalmente as raparigas, possuem pouco domínio das medidas de prevenção do HIV. O mesmo revela ainda alguns aspectos de relações de género que concorrem para elevar o risco de infecção pelo HIV.

O nono capítulo debruça-se sobre a vulnerabilidade ao HIV e SIDA das mulheres jovens esposas de migrantes na província de Gaza. O estudo demonstra que as esposas dos migrantes estão numa situação de vulnerabilidade extrema de infecção pelo HIV marcada pela falta de liberdade de discutir com os seus parceiros assuntos relacionados com o planeamento familiar, relações sexuais seguras, doenças sexualmente transmissíveis e HIV e SIDA, e dependência

económica em relação aos maridos. Finalmente, o capítulo dez examina os factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA entre os jovens e avalia a influência do mesmo sobre a testagem da infecção pelo HIV neste grupo. Este estudo demonstra que o estigma de infecção pelo HIV reduz significativamente a probabilidade de testagem do HIV entre os jovens.

Acreditamos que as matérias afloradas nos capítulos que compõe este livro contribuirão para melhorar o conhecimento sobre a natureza e dinâmica dos riscos e desafios que ameaçam o bem-estar presente e futuro dos adolescentes e jovens moçambicanos e que oferecem elementos que podem servir para a formulação de melhores programas para a construção de um futuro mais saudável para este grupo populacional.

Referências bibliográficas

INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2013. Panorama Socio-demográfico de Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INS [Instituto Nacional de Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICF Macro. 2010. Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Calverton, Maryland: INS, INE e ICF Macro.

Capítulo 2

A IDADE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS ADOLESCENTES E JOVENS: DINÂMICAS E CONTRASTE ENTRE OS DISCURSOS E A PRÁTICA

Esmeralda Mariano

Introdução

Mulher não é como homem; mulher, a partir dos 21 anos de idade, já deve estar preocupada em fazer filhos. A nossa idade não é a mesma que a de um homem. Eu sou mais nova que o meu irmão, mas eu, como vê, estou grávida de seis meses, e ele não tem filhos, mas já tem 28 anos de idade. Descobri que tinha problemas para ter filhos, porque desde a minha fase de adolescente tenho problemas de cólicas fortes. Essas cólicas fortes não me deixavam conceber. Quando tinha 19 anos de idade, tinha um namorado com quem que fazíamos sexo constantemente. E não usávamos camisinha. Foi aí que percebi que essas cólicas fortes não me deixavam engravidar (mulher entrevistada em Maputo, 2009).

Este breve cenário descreve a trajetória sexual e reprodutiva de uma jovem mulher em união marital e residente da zona urbana da cidade de

Maputo. Para ela, a procriação constitui meta essencial da sua existência. Neste excerto, são evidenciadas as diferenças de género, em termos de papéis e expectativas sociais relativas à maternidade e à paternidade. São também descritos os distúrbios associados a irregularidades do ciclo menstrual e ovulação, que, geralmente, são consequências de infecções de transmissão sexual decorrentes das relações sexuais desprotegidas no contexto do processo reprodutivo.

O sentimento desta mulher de 21 anos de idade, preocupada com a sua fertilidade, não reflecte as experiências das mulheres em diferentes contextos de Moçambique, onde as uniões maritais precoces e gravidezes aos 13, 14, 15 anos de idade são frequentes (Honwana, 2005; Osório & Silva, 2008; Matsinhe *et al.*, 2010). Os dados oficiais nacionais indicam 18,7 como idade mediana para o nascimento do primeiro filho para mulheres na faixa etária entre 20 e 24 anos (IDS, 2011).

Do ponto de vista jurídico e biomédico, 21 anos é considerada a maioridade para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (Osório & Silva, 2008). Obviamente, dependendo da projecção individual (ambiçao pessoal), acesso e disponibilidade dos recursos, esta idade pode ser considerada prematura. Isto significa que as condições socioeconómicas e culturais influenciam a maneira como as pessoas pensam acerca da idade e determinam os seus destinos. É nesta base que sustento que as categorias sociais atribuídas aos adolescentes, jovens e adultos não podem ser apresentadas como homogéneas e não têm a ver necessariamente com a idade cronológica, mas estão associadas aos papéis sociais, expectativas colectivas e responsabilidades individuais. Na verdade, parece paradoxal a categorização e formalização da idade reprodutiva (15-49), quando se pensa nas consequências biológicas (riscos obstétricos) de uma gravidez aos 16 anos de idade ou mais cedo, num contexto em que os serviços de saúde (de)limitam os cuidados orientados para os adolescentes e jovens e para os adultos. Até que ponto faz sentido a demarcação rígida dos serviços de saúde sexual para os adolescentes e jovens num contexto em que culturalmente não se estabelece alguma associação entre a “juventude” e um estágio biossocial? Como alguns autores chamam à atenção, “jovem” “é apenas uma palavra”, assim como “adolescente” é categoria que nunca existiu no contexto africano até recentemente (De Boeck & Honwana, 2005:6). Foucault (1979), citado por Durham (2000), sugere que a definição de jovem, como uma categoria concreta de análise social, torna-se cada vez mais uma categoria socialmente problemática.

Revedo e consultando alguns documentos oficiais, como os relatórios do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) e do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e a SIDA em Moçambique (INSIDA), observo que a maneira como os homens e mulheres são agrupados por faixa etária e a atribuição das categorias adolescente, jovem e adulto parecem ser arbitrárias, formuladas de forma pouco clara e distanciada da realidade. O IDS (2011) divide a população moçambicana em três grupos etários: as crianças (0-14), os potencialmente activos ou adultos (15-64) e os idosos (mais de 65). À primeira vista, emerge o questionamento e a necessidade de perceber o que é ser adolescente e jovem e quem cabe nestas categorias. Refira-se que, em Moçambique, define-se jovem como todo o indivíduo do grupo etário entre os 15 e os 35 anos¹. Como observam Osório e Silva (2008), as Nações Unidas² definem as/os jovens como indivíduos com idades entre 15 e 24 anos, com a salvaguarda de que cada país pode fixar outros limites, de acordo com a sua realidade. Observando o contexto moçambicano actual, surge o questionamento sobre se são as desiguais condições socioeconómicas que determinam a maturidade biológica “forçada” ou se são os dados biológicos que definem a maturidade social.

Neste capítulo, proponho-me a reflectir sobre estas questões e as suas implicações nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Irei cingir a minha análise à compreensão das dinâmicas, contrastes e complexidades dos discursos e práticas relativas à sexualidade e saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens.

Com vista a responder às questões acima expostas, além desta introdução, organizei o artigo em três partes.

Na primeira, apresento brevemente o contexto de Moçambique, no qual estão inseridas as adolescentes e jovens, dando enfoque às dimensões socioeconómicas conducentes à vulnerabilidade social (aspectos culturais e papéis sociais) e individual (aspectos demográficos, comportamentais e condição biológica).

Na segunda parte, descrevo o quadro teórico-metodológico que orienta a minha análise, num diálogo entre várias abordagens que permitem problematizar as categorizações universais, analisar as dinâmicas das relações

¹ Política da Juventude, 2012, Ministério da Juventude e Desportos, Maputo.

² Resolução nº 40/14 de 1985 e 50/81 de 1995, da Assembleia Geral das Nações Unidas.

sociais e das relações de poder entre jovens e adolescentes e as instituições, nomeadamente a perspectiva socioecológica, a perspectiva construtivista-interpretativista e as teorias feministas.

Na terceira parte do capítulo, recorro aos estudos que analisam a sexualidade, reprodução e saúde entre as jovens em Moçambique e uso material etnográfico de pesquisas em que estive envolvida para reflectir sobre os principais dilemas e constrangimentos das jovens, por vezes representadas como vítimas das circunstâncias e objecto de manipulação dos adultos e do poder das instituições. Para finalizar, apresento reflexões ulteriores e perspectivas de intervenção para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens.

Um contexto fragmentado: a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens

Os adolescentes e jovens com menos de 15 anos de idade constituem 45,5 por cento da população moçambicana (IDS, 2011). Aceita-se hoje que pobreza e iniquidade económica são os principais factores de vulnerabilidade social e biológica, mas a possibilidade de minimizar e reverter este panorama continua sendo um grande desafio para o governo moçambicano. Moçambique continua sendo um dos países mais pobres e menos desenvolvidos do mundo, apesar de ser considerado na região como um dos países com uma economia em rápido crescimento, principalmente com as recentes descobertas de recursos naturais. A situação da pobreza em Moçambique reflecte-se no estado de saúde da população.

A epidemia do HIV e SIDA é um exemplo de problema de saúde pública, que emergiu nos anos 80, numa conjuntura política, económica e social marcada por uma traumática guerra civil de quase duas décadas, que causou deslocamentos da população e desestruturação do tecido familiar. O impacto da fragmentação da sociedade recai principalmente sobre as mulheres, que, com escassos recursos financeiros, têm pesadas responsabilidades na gestão familiar (como chefes de agregados e cuidando de crianças órfãs). Na linguagem de desenvolvimento, este cenário é definido como “feminização da pobreza”, à semelhança do que ocorre com o HIV e SIDA, que tem um rosto feminino e afecta a camada mais jovem da sociedade (entre os 15 e os 24 anos). A prevalência do HIV e SIDA nesta faixa etária é de 7,9%, com diferenças

significativas entre os sexos, cifrando-se em 11,1% entre os indivíduos do sexo feminino, contra 3,7% do sexo masculino (INSIDA, 2009).

Os reflexos da pobreza podem também ser percebidos através destas evidências: a susceptibilidade das raparigas às relações sexuais comerciais intergeracionais, que, para muitas jovens, funcionam como fonte de sustento e garantia de sobrevivência para as famílias, geralmente com a cumplicidade dos progenitores, eles próprios economicamente carentes e, por isso, compelidos a incitar as filhas a envolverem-se em redes sexuais (Underwood *et al.*, 2009).

As análises antropológicas sugerem que um conhecimento adequado nos estudos sobre a sexualidade deve incluir a compreensão das “redes sexuais”, das motivações profundas e das racionalidades do comportamento sexual. As redes sexuais consistem numa gama de relações sexuais “que para muitas pessoas dão acesso aos recursos, valores e serviços que as redes sociais convencionais não podem fornecer” (Thornton, 2009).

O poder das raparigas, em particular, de negociar relações sexuais protegidas e de tomar as suas próprias decisões sobre a sua sexualidade e reprodução não é efectivo e, por isso, é incapaz de reverter o número crescente de casos de gravidez na adolescência, de aborto inseguro e de violência de género decorrentes do envolvimento nas redes sexuais. O número de adolescentes e jovens entre 14 e 19 anos de idade que sofreram um aborto está a aumentar, e as complicações das infecções resultantes são tão graves que levam, muitas vezes, à extracção do útero para garantir a sobrevivência da jovem (Machungo, 2004, *Jornal Notícias*, 29/10/2012). O aborto inseguro (realizado fora das unidades sanitárias e não por profissionais de saúde) está em crescente aumento, principalmente entre as jovens adolescentes nas cidades³. Esta prática constitui uma ameaça à saúde reprodutiva e espelha o baixo uso dos métodos contraceptivos. Por outro lado, estas evidências sugerem que as estratégias de saúde sexual e reprodutiva, orientadas por modelos importados⁴, não encontram eco, porque as especificidades e dinâmicas locais não são suficientemente tomadas em conta.

Passaram duas décadas após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD, 1994), um marco importante para uma compreensão mais ampla e actualizada dos problemas de saúde sexual entre os adolescentes e jovens e para a adopção de uma abordagem multisectorial (educação e saúde) baseada nas necessidades destes grupos. O governo

³ Jornal Notícias, 29/10/2012.

⁴ Refiro-me às visões distanciadas das realidades locais e às expectativas diferenciadas.

moçambicano assumiu o compromisso de disponibilizar “informação e serviços” a nível nacional para os jovens e adolescentes dentro e fora da escola, com a introdução, em 1999, do programa conhecido por “Geração Biz”. Este programa, supostamente interactivo e dialogante, preconiza a articulação entre três componentes-chave: serviços clínicos, educação escolar e envolvimento comunitário. Esta estratégia tem-se mostrado bastante útil no despertar da consciencialização da população, em geral, e, em particular, dos jovens, educadores e profissionais da saúde, para a adopção de uma abordagem mais aberta e dinâmica de sexualidade. Embora com pouca frequência, algumas jovens raparigas recorrem à Geração Biz para esclarecimentos e conselhos sobre a sexualidade (Osório & Silva, 2008).

Groes-Green (2009) também confirma que está a aumentar o número de pessoas que têm conhecimento sobre o HIV e SIDA e formas de prevenção em áreas onde são implementados os programas da Geração Biz. Contudo, ainda persistem lacunas inerentes à falta de conhecimentos sobre as preferências sexuais e significados do prazer sexual (WHO, 2009), assim como o reconhecimento público e discussão sobre uma gama de práticas sexuais também merecedoras de atenção. Portanto, a compreensão da sexualidade, não apenas como factor de risco, é crucial para a promoção dos serviços de saúde, mas também constitui um grande desafio, quer do ponto de vista metodológico e ético para a abordagem destas temáticas, quer no envolvimento dos actores (jovens, educadores formais e tradicionais e profissionais de saúde), aspectos que serão desenvolvidos ao longo do texto.

Enquadramento teórico-metodológico

Como antes referi, os programas dirigidos para os adolescentes e jovens e geridos por eles próprios (educação de pares) ainda são raros e pouco eficazes para reduzir os problemas que afectam esta camada.

É preciso romper o silêncio, evidenciando os factores que reproduzem a vulnerabilidade. Seguindo este princípio, várias áreas do saber procuram compreender esses factores e contribuir para as soluções. Mas descrever e analisar assuntos supostamente pertencentes a diferentes campos disciplinares (como, por exemplo, a Demografia e a Medicina) levanta algumas questões sobre a fiabilidade e validade das análises. O enfoque desta questão assenta sobre o contraste entre as configurações oficiais da idade reprodutiva (15-49)

e a real idade reprodutiva vivida pelos adolescentes e jovens, assim como sobre os significados atribuídos pelos diferentes quadros epistemológicos (médicos, demográficos e endógenos).

Falar da idade reprodutiva é falar do corpo biológico, social e político. No campo das ciências sociais, a Antropologia tem-se destacado pela maneira peculiar como, através da Etnografia, explora em detalhe a experiência subjectiva ao nível mais íntimo (das emoções, dos sentimentos e das vivências) inerente à sexualidade.

O ponto de vista antropológico avalia o corpo individual, não apenas como objecto natural-biológico, mas como objecto de construção cultural, que varia de acordo com o contexto histórico-cultural. Os indivíduos são produzidos pela acção social intencional, em termos de género e em termos de idade. Os rituais de iniciação sexual femininos são exemplo desta acção. Para “ser uma mulher”, não basta crescer até uma idade considerada adulta: é através de uma série de práticas e rituais de iniciação que se transforma e se legitima a idade social.

A perspectiva feminista que emergiu nos anos 1980, influenciada pelas ideias de Michel Foucault, enfatiza a importância do conceito de “biopoder”, que literalmente significa ter poder sobre outros corpos, na análise da sexualidade e dos ritos de iniciação como lugares de transferência e afirmação do poder. O conceito de “biopoder” descreve os meios pelos quais um estado-nação e as instituições exercem o controlo sobre os corpos.

Os problemas de saúde sexual e reprodutiva dos jovens são interpretados como consequência dos seus desvios às normas e prescrições socialmente definidas e, por isso, os jovens tornam-se objecto de controlo e de intervenção programática. A proposta de uma intervenção multisectorial, como o caso da Geração Biz, é ilustrativa de que a vulnerabilidade individual deve ser vista a vários níveis, donde a relevância da abordagem socioecológica. A perspectiva socioecológica, que integra as relações intersubjectivas num contexto mais vasto, como Underwood *et al.* (2009) argumentam, vê os indivíduos como criados ou inseridos num sistema de relações socioculturais – familiares e de redes sociais de contactos dentro e fora das suas comunidades.

Os recentes estudos tendem a valorizar e a aplicar o modelo ecológico, por permitir a alteração do enfoque “do indivíduo como aquele que corre o risco, para

os factores contextuais essenciais associados à vulnerabilidade” (Underwood *et al.*, 2009:7). A promoção do sexo seguro, por exemplo, através da educação de pares (incentivada pela Geração Biz) corre o risco de ser ineficaz se não conseguirmos, em primeiro lugar, analisar os efeitos da pobreza, desemprego e baixos níveis de capital social entre os jovens (Gune, 2008; Gros-Green, 2009:238).

Os estudos sobre a sexualidade, saúde sexual e reprodutiva dos jovens adoptam a abordagem interpretativista para compreender as lógicas que motivam determinadas condutas e os significados atribuídos, mas raramente incluem os adolescentes para explorar a sexualidade a partir das suas perspectivas e experiências individuais.

Os estudos consultados e analisados neste capítulo foram na sua maioria realizados com jovens das escolas e pertencentes a uma camada privilegiada da sociedade (Manuel, 2005, 2009; Gune, 2008; Gros-Green, 2009). Com algumas excepções, são muito raros os estudos que exploram o prazer sexual e a intimidade como factores de motivação para uma conduta sexual segura e o prazer sexual como algo que contribui para a felicidade e bem-estar (WAS, 2008).

A realização de um estudo sobre a sexualidade dos adolescentes, por exemplo, é muito complicada e complexa. Do ponto de vista metodológico, os pesquisadores que pretendam compreender problemas do campo da saúde e, em particular, da saúde sexual têm sido muitas vezes condicionados por procedimentos e princípios de exclusão e inclusão dos indivíduos com base na idade cronológica.

Apesar da forma rígida de exclusão e inclusão dos participantes (grupo alvo) nos estudos, é possível explorar as *nuances* na percepção da maturidade social e biológica, idade adequada para o início da sexualidade, casamento e reprodução. Parece um paradoxo o zelo ético da não inclusão de menores de 18 anos sem o consentimento dos pais nos estudos, sabendo que a idade mediana do primeiro contacto sexual para as mulheres é de 16 anos, que a preparação para a sexualidade inicia aos 8 anos, que as uniões matrimoniais ocorrem aos 16 anos ou mesmo antes, etc.

Ao assumirmos que os indivíduos nestas idades e em todos os contextos não são capazes de expressar as suas vivências, sentimentos e emoções, corremos o risco de perder elementos essenciais para a compreensão das questões sexuais e reprodutivas dos jovens e adolescentes. É de referir também que em certos contextos, principalmente nos rurais e entre os indivíduos iletrados, a idade

cronológica é desconhecida, sendo apenas definida com base em critérios de maturidade social. Acontece, porém, que mesmo os indivíduos menores de 18 anos em união matrimonial e no pleno exercício da reprodução biológica acabam por ser excluídos das pesquisas.

As múltiplas dimensões da sexualidade e reprodução

Nesta secção analiso as práticas e os discursos sobre a sexualidade e os significados a ela atribuídos como construção social. O termo sexualidade deve ser entendido como ambíguo, com múltiplos significados, e, por vezes, com referências contraditórias. Tem sido usado com um sentido de atributo biológico, como propensão ou orientação de um grupo ou indivíduo; tem sido considerado como referência a um impulso consciente ou inconsciente ou a um comportamento (observado, desejado, proibido). A sexualidade é inerente às relações sociais, sendo que através dela os detentores de conhecimento exercem um controlo sobre os indivíduos.

Com as exigências da vida contemporânea e os desafios trazidos pelo HIV e SIDA, o lugar da sexualidade já não pode permanecer no silêncio. A sexualidade é uma dimensão profunda, sensível, escassamente explorada, de difícil acesso e interpretação por parte dos investigadores, porque envolve os sentimentos e as emoções. Quando as dinâmicas das redes sexuais, o desejo e o prazer sexual são explorados para fins de prevenção e de controlo, o desejo e o prazer sexual são silenciados, distorcendo-se a realidade da sexualidade humana, o que torna os programas para jovens irrelevantes para as suas necessidades.

Se pretendemos melhorar os programas de saúde para os adolescentes e jovens e promover a mudança de conduta e o sexo seguro, é necessário o desenvolvimento de estudos quantitativos que sejam acompanhados por pesquisas etnográficas que detalhem os significados e as motivações que estão por detrás das condutas sexuais (Groes-Green, 2009).

O sexo desprotegido e antes do casamento é geralmente mais tolerado a nível familiar e comunitário (Agadjanian, 2001:295). Manuel (2009) teoriza o sexo desprotegido como sendo “sexo verdadeiro”, expressão de amor entre os jovens, mas também “presente perigoso”, devido à ignorância ou indiferença relativas à susceptibilidade de os envolvidos se infectarem com o HIV e SIDA. Apesar de o estudo de Manuel (2009) se restringir a um segmento de elite dos

jovens da cidade de Maputo, a noção de “sexo verdadeiro”, que envolve a troca de fluidos sexuais, a sensação de posse do parceiro e a noção de reciprocidade entre os indivíduos, é similar e partilhada pela camada mais adulta em outros contextos de Moçambique.

Bagnol e Mariano (2008) investigaram o papel das práticas vaginais, prazer e desejo sexual na Província de Tete e reflectiram sobre o possível impacto destas práticas na saúde sexual, incluindo a infecção pelo HIV e SIDA. Entre as mulheres entrevistadas, maiores de 18 anos de idade, principalmente no meio rural, a sensação de “calor”, “doçura” e atrito nas relações sexuais pressupõe sexo sem preservativo, no qual se estabelece um contacto inter e intracorporal. Através da inserção e colocação de produtos vaginais, o sexo torna-se “verdadeiro”, existindo um contacto mais directo entre a vagina e o pénis, que proporciona maior prazer sexual. Consequentemente, as mulheres que usam os produtos vaginais consideram o uso do preservativo incompatível com o prazer sexual (Bagnol & Mariano, 2008:579-80).

A associação entre o uso do preservativo e o prazer sexual, enquanto terreno movediço e de vulnerabilidade à contracção de infecções sexuais, tem merecido atenção especial de vários pesquisadores das ciências sociais (Matsinhe, 2005; Gune, 2008; Manuel, 2005, 2009; Groes-Green, 2009).

Contrariamente aos resultados dos estudos que reportam a inconsistência do uso do preservativo entre uma elite dos jovens da cidade (Gune, 2008; Manuel, 2009), a pesquisa antropológica de Groes-Green (2009) com jovens rapazes de diferentes escolas da cidade de Maputo conclui que há maior consistência no uso do preservativo entre os jovens da classe média do que entre os das zonas peri-urbanas e economicamente desfavorecidos. Estes autores apresentam em comum a proposta de que outras dimensões que explicam a inconsistência do uso do preservativo não devem ser ocultadas, principalmente nos casos em que o uso do “preservativo decorre das práticas das relações sexuais associadas a necessidades económicas e à busca desesperada de recursos materiais e financeiros para a satisfação de necessidades básicas ou supérfluas” (Gune, 2008:305).

O terreno movediço a que me referi anteriormente diz respeito ao ambiente das iniquidades socioeconómicas em que se movem os adolescentes e jovens, determinando relações de poder assimétricas e incertezas que ameaçam a possibilidade de se fazer escolhas sexuais e reprodutivas informadas, consentidas e seguras. Como se pode concluir na leitura dos vários estudos

qualitativos, os mecanismos de controlo e de prevenção do HIV e SIDA, por exemplo, através da prescrição do uso do preservativo e da gestão dos fluidos corporais, contrastam com os percursos sexuais e as noções de flexibilidade corporal. Esta dimensão cognitiva está ausente ou é imperceptível no discurso preventivo dominante, que prescreve o “bloqueio do contacto” e ofusca os valores positivos do prazer e da fertilidade. Os exemplos que serão descritos na secção que se segue elucidam estas dinâmicas da sexualidade e da reprodução.

Valorização ou rejeição dos ritos de iniciação sexual?

Nesta parte, proponho-me analisar a sexualidade, considerando a idade, maturidade e as implicações para a saúde, a partir da reflexão sobre os ritos de iniciação das raparigas, enquanto expressão de um conhecimento ancestral e práticas culturais presentes.

Os ritos de iniciação e as práticas sexuais têm sido questionados na perspectiva dos direitos humanos pelas correntes críticas feministas, enquanto espaços de subordinação e opressão da sexualidade feminina e de violação sexual (Osório & Macuácuá, 2013), e, portanto, surge a necessidade de formulação e regulamentação legislativa.

A ideia de valorizar os ritos de iniciação feminina não significa assumir um posicionamento acrítico em relação às práticas culturais prejudiciais e sem o consentimento das “vítimas”. Aliás, como Underwood *et al.* (2009) sustentam, é importante repensar a questão dos valores inscritos nos ritos de iniciação, de modo a proporcionar uma conceptualização clara e culturalmente apropriada sobre a maturidade, que vá ao encontro das preocupações e necessidades específicas dos adolescentes e mulheres, com vista a identificar os possíveis pontos de entrada para o reforço das intervenções no âmbito da saúde sexual e reprodutiva na comunidade, na saúde e na escola (Matsinhe *et al.*, 2010). O valor cultural dos ritos de iniciação no passado era considerado benéfico, como protector das relações sexuais prematuras, isto é, o sexo era permitido a partir dos 16 ou 18 anos de idade.

Actualmente, os ritos de iniciação podem ser percebidos também como espaços em que os adolescentes e jovens podem aprender a praticar o sexo seguro (Underwood *et al.*, 2009). A Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS, 2008) observa que a puberdade e adolescência são períodos críticos para o desenvolvimento da sexualidade, e os conhecimentos básicos, atitudes

e práticas saudáveis que são transmitidos e apreendidos nos ritos de iniciação (antes do início da actividade sexual) levam os indivíduos a serem mais propensos a uma atitude positiva e consistente em relação à protecção na idade adulta.

Alterações genitais e a construção da sexualidade

Em diversos contextos de Moçambique, muito cedo as raparigas adolescentes são “preparadas” para assumir papéis e responsabilidades em relação à sua posição biológica e social. Entre os 8 e os 12 anos de idade, as raparigas preparam-se para a iniciação sexual, segundo a lógica de que o corpo biológico se transforma em corpo cultural. As raparigas são submetidas a uma forte pressão familiar e social para se submeterem ao alongamento dos pequenos lábios vaginais. O alongamento dos lábios vaginais menores é um exemplo de prática sexual que se inscreve no processo de iniciação à sexualidade e está directamente ligado à concepção do corpo feminino, ao significado de ser mulher e de relação sexual satisfatória, tanto para o homem como para a mulher (Bagnol & Mariano, 2011).

A revisão sistemática por Pérez *et al.* (2013), realizada em seis países africanos, incluindo Moçambique, indica que alguns estudiosos têm defendido que o alongamento dos pequenos lábios vaginais não deve ser considerado como uma mutilação genital feminina e propõem termos alternativos, como modificação genital ou anatómica. Estes autores explicam que estes termos alternativos são mais apropriados, porque evitam a estigmatização ou antagonização nas mulheres que a praticam e afastam a conotação negativa do termo mutilação (Pérez *et al.*, 2013).

É importante enfatizar que as modificações sobre a anatomia feminina, sejam vaginais ou de outra natureza, afectam os corpos das mulheres em todo o mundo e não apenas em Moçambique. É o que ocorre, por exemplo, com as cirurgias estéticas. Portanto, as modificações da anatomia feminina podem ser reflexo de uma estrutura de poder sobre o corpo feminino, que, em última análise, pode ter impacto substancial sobre a sexualidade das jovens.

Em Moçambique, esta prática é preservada como um valor da “tradição”, incentivada pelas mulheres mais adultas, que orientam as mais novas a adoptarem e a seguirem a norma. Pode-se depreender que o processo de alongamento dos lábios vaginais é baseado numa relação assimétrica em termos

etários, e, carecendo de um consentimento da rapariga-criança, constitui uma forma de abuso dos direitos e violência sexual (Osório & Macuácua, 2013).

O benefício da preparação sexual é percebido pelas mulheres adultas como forma de evitar a humilhação pelos parceiros na sua vida futura. O confronto entre as mulheres preparadas (formadas) e as que não o são leva estas últimas a situações de humilhação e desprezo. As mulheres ditas não educadas e não preparadas são consideradas “mulheres cruas” (Chapman, 2010:114). Estas mulheres são vistas como “não socializadas” ou mesmo “anti-sociais” (Idem). Diz-se também que uma boa família deve ser capaz de forçar a rapariga a submeter-se aos ritos para o seu bom proveito, mesmo que ela resista. As mulheres que realizam o alongamento dos lábios vaginais menores não consideram efeitos negativos desta prática sobre a sua saúde, exceptuando a dor inicial no acto de alongar (Bagnol & Mariano, 2011).

Alguns investigadores questionam se se pode considerar o alongamento dos pequenos lábios vaginais uma prática inofensiva e até benéfica para o bem-estar e saúde sexual das mulheres, tendo em conta que as meninas não são maduras o suficiente para analisar as consequências de modificar o seu corpo permanentemente. Este é um facto que deve ser mais explorado em pesquisas futuras e tomado em consideração na análise do alongamento dos pequenos lábios vaginais do ponto de vista sexual, do direito à saúde e dos direitos das crianças (Pérez *et al.*, 2013).

Há estudos que associam esta prática vaginal à prevalência de HIV e SIDA, devido às características anatómicas (a parte interna dos lábios vaginais é muito sensível) e às ervas e substâncias usadas para ajudar a esticar os lábios vaginais, que causam lacerações, inchaço, irritação (François *et al.*, 2012; Cruz & Mullet, 2013; Pérez *et al.*, 2013). Apesar da consciência da existência de uma elevada prevalência de mulheres que utilizam os produtos vaginais (alongamento vaginal, inserção vaginal de produtos, etc.) e dos seus efeitos para a saúde sexual e reprodutiva, a discussão sobre o assunto entre o pessoal de saúde é ainda limitada (Bagnol & Mariano, 2008; François *et al.*, 2012).

Embora algumas destas práticas já tenham sido mencionadas em alguma literatura, o assunto ainda não constitui objecto de debate e de investigação em saúde pública em Moçambique, no sentido de compreender a sua dimensão cultural e o seu impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva, tanto de homens como de mulheres, especialmente na transmissão das ITS e do HIV e SIDA.

O cenário dos efeitos das práticas vaginais acima descrito merece atenção cuidadosa, através do desenvolvimento de pesquisas multidisciplinares com um acompanhamento clínico para testar/confrontar as percepções e os efeitos fisiológicos dos produtos usados, bem como de estudos bioquímicos e de etnobotânica (Bagnol & Mariano, 2008; François *et al.*, 2012; Pérez *et al.*, 2013).

“Cedo para engravidar, ...cedo para temer a infertilidade”

Nesta parte do capítulo, analiso as percepções de maturidade fisiológica do ponto de vista individual e institucional (a nível familiar e no campo da saúde) e a (in)capacidade cognitiva dos adolescentes e jovens de fazer escolhas seguras, informadas e voluntárias sobre a reprodução.

A nível discursivo, a saúde pública em todo o mundo define adulto como a pessoa entre 15 e 49 anos de idade, considerada como “idade reprodutiva”. Esta categorização pressupõe que os indivíduos nesta faixa etária têm o direito de questionar sobre as suas possibilidades reprodutivas. Porém, como irei apresentar a seguir, muitas vezes, as mulheres confrontam-se com preconceitos dos profissionais de saúde, que olham com preocupação a gravidez precoce (aos 16 anos) e consideram como sendo sem sentido que uma mulher “muito jovem” (de 19 anos de idade) se preocupe com a sua infertilidade, ou que uma “muito velha” (depois dos 35 anos) deseje ter o seu primeiro ou mais filhos. Os desejos sexuais e reprodutivos de um jovem de 15 anos são percebidos como prematuros e são rigorosamente desencorajados.

Na recente pesquisa antropológica “Compreendendo as experiências da incapacidade reprodutiva”, que realizei nas províncias de Maputo e Gaza (2008-2013), a percepção da idade certa para a relação sexual e reprodução biológica e da idade como factor de risco epidemiológico emergiu como um ponto crítico que evidencia quadros epistemológicos diferentes (biomédicos, demográficos e endógenos). Na verdade, as diferenças culturais entre os profissionais, no âmbito do hospital, os praticantes da medicina tradicional e os indivíduos com problemas de infertilidade cruzam-se, complementam-se e contrastam.

Durante a pesquisa, conheci Mahigo, jovem mulher de dezanove anos, que frequentava a escola secundária e desejava prosseguir os seus estudos até ao nível universitário, com o sonho de ser médica. Mahigo conheceu, aos quinze anos, o seu parceiro sexual, com quem vive no mesmo espaço habitacional dos sogros desde os seus dezassete anos. Ela procurou-me (como pesquisadora)

quando soube que um estudo sobre infertilidade estava em curso, porque esperava resolver a sua aflicção por não ter filhos. Mahigo era uma das mulheres inférteis no estudo, que no final da minha pesquisa revelou a sua experiência de violência doméstica como consequência da sua incapacidade reprodutiva.

Há mais de três anos que ela e o parceiro tentam sem sucesso ter um filho, não obstante incessantes consultas paralelas e alternadas entre uma miríade de praticantes da medicina tradicional e algumas idas ao hospital. Antes da coabitação com o seu actual parceiro, aos quinze anos, ficou grávida, mas decidiu interromper a gravidez, devido à incerteza do seu amor, à falta de condições materiais para sustentar a criança e aos sonhos de estudar. Mahigo não estava ciente de que um aborto inseguro (realizado em segredo, clinicamente incompleto e fora do espaço hospitalar, por vezes feito por pessoas não treinadas) acarretaria consequências graves para a sua fertilidade. A sua trajectória de vida é traumática: foi abandonada por ambos os pais aos quatro anos de idade e coagida a viver com a avó paterna em condições de extrema miséria; cresceu sem conhecer a mãe, até quando a descobriu por iniciativa própria, aos dezanove anos de idade. Em conversa, Mahigo deu-me a sensação de que ter conhecido o namorado (marido) foi um evento afortunado, que lhe permitiria superar o trauma do seu abandono pelos pais.

O relacionamento familiar foi bastante conturbado, e a ruptura dos laços familiares (materno e paterno) tê-la-á levado a avaliar este encontro de amor como vantajoso e como uma forma de recriar a continuidade interrompida dos laços familiares. Pelo facto de Mahigo e o seu parceiro se amarem, embora não estejam numa união marital formalizada, quer por via tradicional (*lovolo*), quer através do registo civil, quer ainda por acto religioso, nas conversas e nos seus actos, ela sempre chamou e tratou o seu parceiro como “marido”. Marido tem múltiplas significações: não só define as relações formais e fixas entre os indivíduos, mas também denota o sentido de posse, estatuto social, segurança económica, para além das relações afectiva, sexual e reprodutiva. O contexto em que vive Mahigo, no espaço do marido e sogros, em união não formalizada, coloca-a numa posição vulnerável, com pouca ou nenhuma possibilidade de se proteger em caso de uma gravidez tardia, ou de a gravidez não ocorrer, e com escassos recursos para tomar decisões mais seguras. A sensação de que as novas relações familiares lhe permitiriam recuperar afecto, obter vantagens económicas e ter uma vida melhor, é bastante fragmentada e incerta. Aliás, ela teve de aceitar a subalternização em relação ao marido e sogros como

forma de compensar para a hospitalidade da família do marido, servindo e cuidando arduamente de toda a família e prestando serviços domésticos (limpeza, cozinha, etc.).

A pressão social exercida principalmente pelas sogras, que atormentam as noras incapazes de reproduzir é claramente presente na narrativa de Mahigo. Para além da sogra, ela é acusada pelas cunhadas de desperdiçar o dinheiro do marido, já que não reproduz. Num ambiente de competição por escassos recursos e renda, tornou-se vítima de violência doméstica, sujeita a insultos e ameaças de ser abandonada (divórcio).

Ao mesmo tempo que Mahigo era pressionada pelos membros da família do marido a produzir descendentes, quando finalmente teve acesso à observação clínica por profissionais especializados em ambiente hospitalar mais apetrechado, foi confrontada com uma constelação de preceitos médicos e críticas. As barreiras estruturais e culturais (na relação paciente-médico) se fizeram notar, assim como os desafios do pesquisador em superar o relativismo cultural também se fizeram sentir. Os médicos consideraram-na “demasiado jovem para se preocupar com a fertilidade”, ao que acrescentaram o facto de não ser casada. O princípio médico de que as consultas de infertilidade são do casal, em que se exige a presença de ambos os cônjuges para o diagnóstico e tratamento, também levanta questões críticas. Por um lado, chama a atenção sobre a necessidade de considerar a pluralidade de formas de casamento ou união, evitando a exclusão de pacientes que procuram tratamento. Por outro lado, remete-nos objectivamente à imposição biomédica sobre o indivíduo, e à reformulação das categorias universais e conceituais de bem-estar, autonomia da escolha e cuidados reprodutivos na óptica dos direitos humanos.

Embora a minha intenção não seja a de contrariar ou criticar os preceitos fisiológicos e biomédicos e sustentar que a iniciação sexual em idade precoce, a união marital e a gravidez precoce não sejam determinantes importantes para a saúde e factores de risco para a carreira reprodutiva da mulher, acredito que a idade das mulheres para o parto e a maturidade sexual não devem ser vistas como uma variável universal. Os profissionais de saúde explicitamente não excluem as pacientes jovens e não casadas das suas consultas de infertilidade, mas emitem juízos de valor com intenção positiva de encorajar a jovem paciente a concentrar a sua atenção nos estudos (até atingir maturidade fisiológica), ao invés de se preocupar com a infertilidade,

numa clara ignorância dos contextos dos indivíduos e das razões das suas aflições. As atitudes dos profissionais de saúde que enfatizam as restrições de idade ao invés da relação de empatia, confidencialidade e abertura para que os pacientes narrem as suas trajetórias sexuais e reprodutivas acabam por induzir esses pacientes ao medo e à vergonha de falar das suas necessidades e aflições, e, em última instância, levam-nos a evitarem procurar os serviços de saúde. Paradoxalmente, o hospital constitui-se como um espaço para a (re)construção e tratamento do corpo medicalizado e lugar de moralização social. A paciente, pela incapacidade reprodutiva, sofre duplamente o seu drama: por um lado, é pressionada pela família e, por outro, tem medo de confrontar o seu sofrimento com os profissionais de saúde. Este cenário revela os deslocamentos sociais, as diferenças entre as expectativas individuais/familiares e as perspectivas objectivas de prevenção e promoção da saúde reprodutiva. Por isso, na formação dos profissionais de saúde e nas suas actividades na área de saúde sexual, especial ênfase deve ser dada à promoção dos direitos sexuais positivos para os indivíduos de todas as idades, a fim de contrariar o prevalecente excesso de ênfase nos direitos sexuais negativos (WAS, 2008).

Ao fazer uso do caso de Mahigo, e comparando com o excerto inicial deste capítulo, pode-se depreender que as experiências reprodutivas destas jovens mulheres oferecem pistas para a compreensão mais abrangente sobre a complexidade da vida quotidiana de muitas jovens mulheres em contexto de privação económica, de desigualdades de género e de dor inerentes à incapacidade reprodutiva. O meu argumento é o de que uma distinção clara entre a maturidade biológica e social faz sentido particularmente em contextos específicos.

Considerações finais

O leque dos problemas sexuais e reprodutivos que afligem a camada jovem da população é vasto e não se esgota nesta reflexão.

Num contexto de pobreza, de disparidades sociais e económicas, que reduzem o acesso aos recursos básicos (educação e saúde), os adolescentes e jovens, em especial, são colocados numa situação de vulnerabilidade biológica e social. Esta situação pode explicar, por um lado, o início precoce da actividade sexual, a gravidez prematura, o aborto inseguro e as suas implicações na saúde reprodutiva, incluindo a mortalidade materna. Por

outro lado, mostra a premente necessidade de minimizar o problema de saúde sexual, através de uma educação sexual que englobe não apenas conhecimentos sobre biologia, reprodução e doenças, mas que também integre as componentes relativas a emoções, sentimentos e prazer sexual. Este tipo de abordagem parece mais apropriado, já que, como as pesquisas etnográficas em outras partes da África concluíram, os programas de educação sexual para os jovens que enfatizam os riscos e as “consequências desastrosas”, com uma “negação concomitante de prazer”, têm o efeito de “afastar os adolescentes em vez de captar a sua atenção” (WAS, 2008).

Apesar de que actualmente existe maior abertura, criada pelos debates públicos sobre ITS/HIV/SIDA, sexualidade e saúde sexual e reprodutiva, a nível da família, as discussões sobre sexualidade continuam tabu, havendo famílias onde este tema é intocável, sendo raros os casos em que os pais e, particularmente, as mães abordam temáticas como o risco de uma relação sexual não protegida (Osório & Silva, 2008:143). O secretismo, a vergonha e o medo de falar sobre a intimidade e sexualidade é também perceptível entre pessoas de diferentes estratos sociais, idades e nível de formação.

Das experiências de pesquisa que evidenciam o papel das mulheres adultas, parteiras, matronas, madrinhas na iniciação sexual dita tradicional, há um consenso sobre a importância de alguns aspectos educativos dos ritos de iniciação e sua apropriação adaptada à realidade emergente, que poderia ser uma mais-valia no processo educativo. Ao mesmo tempo, os estudos que reportam práticas culturais presentes no dia-a-dia são apontados pelos defensores dos direitos humanos e da sociedade civil como nocivos e a serem abolidos. O grande desafio continua a ser o de determinar o que eliminar e como fazê-lo, se for possível.

Os estudos sobre a sexualidade na perspectiva do prazer sexual precisam de ser desenvolvidos, dissociando-se dos quadros teóricos que tomam como referência modelos universais para compreender as dinâmicas das realidades locais e específicas. O que pretendo afirmar é que uma educação sexual abrangente deve integrar conhecimentos transmitidos na escola e na educação informal (conhecimento adquirido entre os pares e na rua), complementados com os da comunidade e da casa (ritos de iniciação).

Embora a análise feita neste capítulo tenha um enfoque na vida dos adolescentes e jovens do sexo feminino, a intenção não é a de reforçar as abordagens restritivas (as mulheres, a heterossexualidade, por exemplo).

Aliás, na compreensão das dinâmicas das relações entre os indivíduos, é implícita a presença e força dos actores de ambos os sexos. Os adolescentes e jovens, assim como os adultos, são motivados pela busca de intimidade e prazer sexual e de relacionamentos. É crucial compreender as necessidades de saúde dos jovens de ambos os sexos, num contexto actual onde novas expressões, orientações sexuais e preferências sexuais diferentes da heterossexualidade se fazem notar.

No campo da saúde, onde as diferentes experiências e conhecimentos sobre sexualidade (da escola, comunidade e casa) confluem, é importante que os profissionais de saúde (incluindo os praticantes da medicina tradicional) estejam melhor preparados para compreender os diferentes aspectos e dinâmicas da sexualidade e reprodução.

Um último aspecto a considerar, mais directamente relativo à demografia e às políticas públicas de saúde e educação, é o de que as mudanças sociais e económicas têm transformado a vida dos indivíduos e alterado a curva de distribuição da população a nível mundial, onde se observa o envelhecimento populacional nos países de economias mais desenvolvidas, e um crescimento da população adolescente e jovem nos países mais pobres, como é o caso de Moçambique (Durham, 2000; Sugahara & Francisco, 2012). Estas diferenças remetem-nos à reconsideração das categorias de criança, jovem, adulto e idoso, indispensável para a reformulação de políticas mais apropriadas no campo da saúde.

Implicações políticas e programáticas

Com base nas reflexões apresentadas neste capítulo, parece essencial repensar e redefinir políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva baseados na articulação entre três componentes-chave: a) a educação (familiar e escolar), b) o envolvimento comunitário (redes sociais, organizações da sociedade), e c) os serviços de saúde. Isto significa desenvolver estratégias para reforçar a abordagem inter e multisectorial.

Educação e formação

O sector da educação tradicional e formal tem um papel fulcral na construção e formação dos adolescentes e jovens, com vista a oferecer-lhes escolhas informadas e consentidas. Porque a sexualidade gradualmente

emergiu como um aspecto positivo de prazer e bem-estar, mais do que como um problema de saúde, deve merecer uma atenção especial e ser objecto de inclusão nos programas educativos.

Os sistemas de educação tradicional podem assumir maior protagonismo na educação sexual dos adolescentes e jovens, se forem sensibilizados e informados sobre potenciais riscos de saúde de algumas práticas sexuais e incluírem nos conteúdos de iniciação as boas práticas que incentivem o retardamento da actividade sexual, reprodutiva e união marital.

Das experiências descritas neste capítulo sobre o envolvimento das meninas de 8 anos em práticas de manipulação (alongamento vaginal) e gestão dos corpos com finalidade sexual, emerge a necessidade de incorporar nos textos didácticos e nos *curricula*, a partir do ensino primário, temáticas sobre a multidimensionalidade das sexualidades, mediante formas comunicacionais apropriadas à transmissão de conhecimentos.

Envolvimento comunitário

A nível das comunidades, os educadores, mestres e responsáveis dos ritos de iniciação, por via das organizações da sociedade civil, podem jogar um importante papel na mobilização e sensibilização para o diálogo mais aberto entre pais e filhos sobre a sexualidade e aumentar a responsabilidade social dos diferentes actores para a promoção de atitudes e comportamentos sexuais seguros.

É necessário também definir estratégias com vista a ultrapassar as clivagens existentes aos diversos níveis da sociedade (entidades governamentais, organizações não governamentais, igrejas), encontrando uma linguagem partilhada para a abordagem do sexo seguro.

Aspectos positivos da tradição (dos ritos de iniciação) podem ser aproveitados para a construção dos novos discursos (disseminação de mensagens) sobre a sexualidade segura, que poderão ter maior impacto na saúde sexual e reprodutiva do adolescentes e jovens.

Promoção da saúde

As experiências positivas da Geração Biz indicam a necessidade de se advogar cada vez mais em favor da expansão dos serviços amigos de

adolescentes e jovens e de acções que facilitem a sua aceitação, procura e utilização pelas adolescentes e jovens.

Há necessidade de melhorar os conteúdos e formatos das mensagens sobre a sexualidade e saúde sexual e reprodutiva, de forma a permitir que os adolescentes reavaliem os riscos das práticas sexuais.

As evidências sobre as práticas vaginais e a percepção sobre os efeitos para a saúde sexual e reprodutiva podem ser usadas para informar os jovens e os profissionais de saúde sobre a sua existência, ampliar os seus conhecimentos sobre a existência de uma gama de preferências sexuais e as suas implicações para a saúde.

Estudos aprofundados que evidenciem a correlação entre as práticas vaginais (alongamento e inserção vaginal) e as implicações directas para a saúde e bem-estar são quase inexistentes. Assim, mais pesquisas interdisciplinares dando enfoque, tanto aos aspectos clínicos e princípios activos dos produtos utilizados nas práticas, como ao significado sociocultural atribuído ao uso e à eficácia de tais produtos são necessárias.

Na formação dos profissionais de saúde, é fundamental a integração da componente sociocultural, ultrapassando as clivagens entre diversos paradigmas e práticas paralelas que as populações usam, num sistema de pluralismo na procura da saúde.

Aspectos ligados à sensibilidade sociocultural, empatia e confidencialidade devem ser considerados na interacção entre o profissional de saúde e as jovens e adolescentes, independentemente da sua idade ou estado civil, com vista a assegurar a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

Referências bibliográficas

- Agadjanian, V. 2001. "Negotiating through reproductive change: gendered social interaction and fertility regulation in Mozambique". *Southern African Studies* 27 (2): 291-309.
- Bagnol, B. & E. Mariano. 2008. "Vaginal Practices: Eroticism and Implications for Women's Health and Condom use in Mozambique", *Culture, Health and Sexuality* 10 (6): 573-585.

- Bagnol, B., & E. Mariano. 2011. *Género, sexualidade e práticas vaginais*. Maputo: Departamento de Arqueologia e Antropologia, Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane.
- Chapman, R. R. 2010. *Family Secrets: Risking Reproduction in Central Mozambique*. Vanderbilt University Press. Nashville.
- Cruz, G. V. & E. Mullet. 2013. "The Practice of Puxa-Puxa among Mozambican Women: A Systematic Inventory of Motives". *Journal of Sex Research*, 0(0): 1–11.
- François, I., B. Bagnol, M. Chersich, F. Mbofana, E. Mariano, H. Nzwalo, E. Kenter, N. M. Tumwesigye, T. Hull e A. Martin-Hilber. 2012. "Prevalence and motivations of vaginal practices in Tete Province, Mozambique". *International Journal of Sexual Health*, 24: 205-217.
- Groes-Green, C. 2009. "Safe sex pioneers: class identity, peer education and emerging masculinities among youth in Mozambique". *Sexual Health*, 6: 233–240.
- Gune, E. 2008. "Momentos *liminares*: dinâmica e significados no uso do preservativo". *Análise Social*, vol. XLIII (2.º): 297-318.
- Honwana, A. & F. De Boeck. 2005. *Makers & Breakers – Children & Youth in Postcolonial Africa*. James Currey, Africa World Press, Codesria.
- Honwana, A. 2005. "Child-Soldiers as Interstitial & Tactical Agents". In: F. De Boeck & A. Honwana (org.), *Makers & Breakers – Children & Youth in Postcolonial Africa*. James Currey, Africa World Press, Codesria. Pp. 31-52.
- Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA (INSIDA). 2009. *Relatório Preliminar sobre a Prevalência da Infecção por HIV em Moçambique*.
- Instituto Nacional de Estatística. 2011. Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS). Maputo, Moçambique, Ministério da Saúde.

- Machungo, F. 2004. “O aborto inseguro em Moçambique”. *Outras Vozes* 7: 11-13, WLSA. Moçambique.
- Manuel, S. 2005. “Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo City, Mozambique”. *Culture, Health and Sexuality* 7: 293–302.
- Manuel, S. 2009. “Presentes Perigosos: dinâmicas de risco de infecção ao HIV/AIDS nos relacionamentos de namoro em Maputo”. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 19 (2): 371-386.
- Martinez-Pérez, G., T. C. Aznar & B. Bagnol. 2013. “Labia Minora Elongation and its implications on the health of women: A Systematic Review”. *International Journal of Sexual Health*. 26(3): 155-171, DOI:10.1080/19317611.2013.851139
- Matsinhe, C., E. Cumbe, A. Biza, A. Miambo, R. Cristina, T. Quembo. 2010. Pesquisa Etnográfica - Práticas Culturais e Comunitárias de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva. Maputo: UNESCO.
- Osório, C. & E. Macuácuá. 2013. *Os ritos de iniciação no contexto actual: ajustamentos, rupturas e confrontos. Construindo identidades de género*. WLSA, Moçambique.
- Osório, C. & T. Silva. 2008. *Buscando sentidos: Género e Sexualidade entre Jovens Estudantes do Ensino Secundário*. Maputo: WLSA.
- Política da Juventude de Moçambique.
http://www.portaldogoverno.gov.mz/noticias/news_folder_politica_outubro-de-2013/parlamento-aprova-politica-da-juventude/ Acesso: 17/02/2014.
- Sugahara, G. & A. Francisco 2012. “Idosos em Moçambique: romper a conspiração do silêncio.” Pp. 295-331 in L. Brito; C. N. Castel-Branco & S. Chichava (org.) *Desafios para Moçambique 2012*. Maputo: IESE.

- Thornton, R. 2009. "Sexual networks as social capital: Why 'multiple concurrent sexual partners' may be rational responses to unstable social networks". *African Journal of AIDS Research*. 8(4): x – xx.
- Underwood, C., N. Osman, R. Said, J. Skinner, H. Schwandt. 2009. Perspectivas das comunidades sobre a vulnerabilidade das raparigas ao HIV/SIDA na província da Zambézia, em Moçambique: uma análise qualitativa. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.
- WHO. 2009. Initiatives to increase the use of health services by adolescents: From inception to large scale: the Geração Biz Programme in Mozambique. Pathfinder International, WHO Press, Geneva.
- World Association for Sexual Health. 2008. *Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document*. Minneapolis, MN, USA.

Capítulo 3

PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÓMICO DOS ADOLESCENTES E JOVENS EM MOÇAMBIQUE

Sandra Dzidzai Matanyaire Gonçalves

Introdução

A adolescência é definida em termos cronológicos como uma fase de desenvolvimento que compreende indivíduos da faixa etária dos 10 aos 19 anos (United Nations Population Fund, 2007). A política da juventude em Moçambique define como jovem um indivíduo no grupo etário dos 15 aos 35 anos (Ministério da Juventude e Desportos, 2012). A definição de juventude geralmente adoptada pelas agências das Nações Unidas¹ compreende os indivíduos entre os 15 e aos 24 anos de idade. Todavia, a *African Youth Charter*², que serve como documento de referência para a elaboração das políticas e estratégias da juventude nos países africanos,

¹ <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/>

² http://www.au.int/en/sites/default/files/AFRICAN_YOUTH_CHARTER.pdf

define juventude como os indivíduos com idades entre 15 e 35 anos. Moçambique assinou a *Charter* em 2007 e a ratificou em 2008³.

Os dois grupos etários (adolescentes e jovens) sobrepõem-se nas idades dos 15 aos 19 anos, onde um adolescente passa a ser definido (em termos cronológicos) como um jovem. Juntando as faixas etárias desses dois grupos alvos – adolescentes e jovens – a faixa etária de interesse nesta análise é entre os 10 e os 35 anos.

Este capítulo estabelece o perfil de adolescentes e jovens em Moçambique, através de uma análise descritiva focalizada em aspectos demográficos e socioeconómicos. O capítulo usa os dados dos censos populacionais de 1997 e 2007 como fontes primárias, especificamente as tabelas publicadas e a amostra de 10% de cada um dos dois censos. A análise usa como fontes secundárias as seguintes: dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) de 2009, os relatórios dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) de 1997, 2003 e 2011 e o relatório do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008.

O capítulo divide-se em duas partes: a primeira apresenta o perfil demográfico de adolescentes e jovens, que abrange a distribuição populacional, a morbilidade e mortalidade, a migração interna, a fecundidade e as dinâmicas dos agregados familiares, enquanto a segunda apresenta o perfil socioeconómico dos adolescentes e jovens em Moçambique em termos de estado civil, alfabetização, actividade económica e conhecimento da língua portuguesa. Na conclusão, o capítulo traz uma breve discussão das implicações dos resultados apresentados.

Perfil demográfico

Distribuição populacional

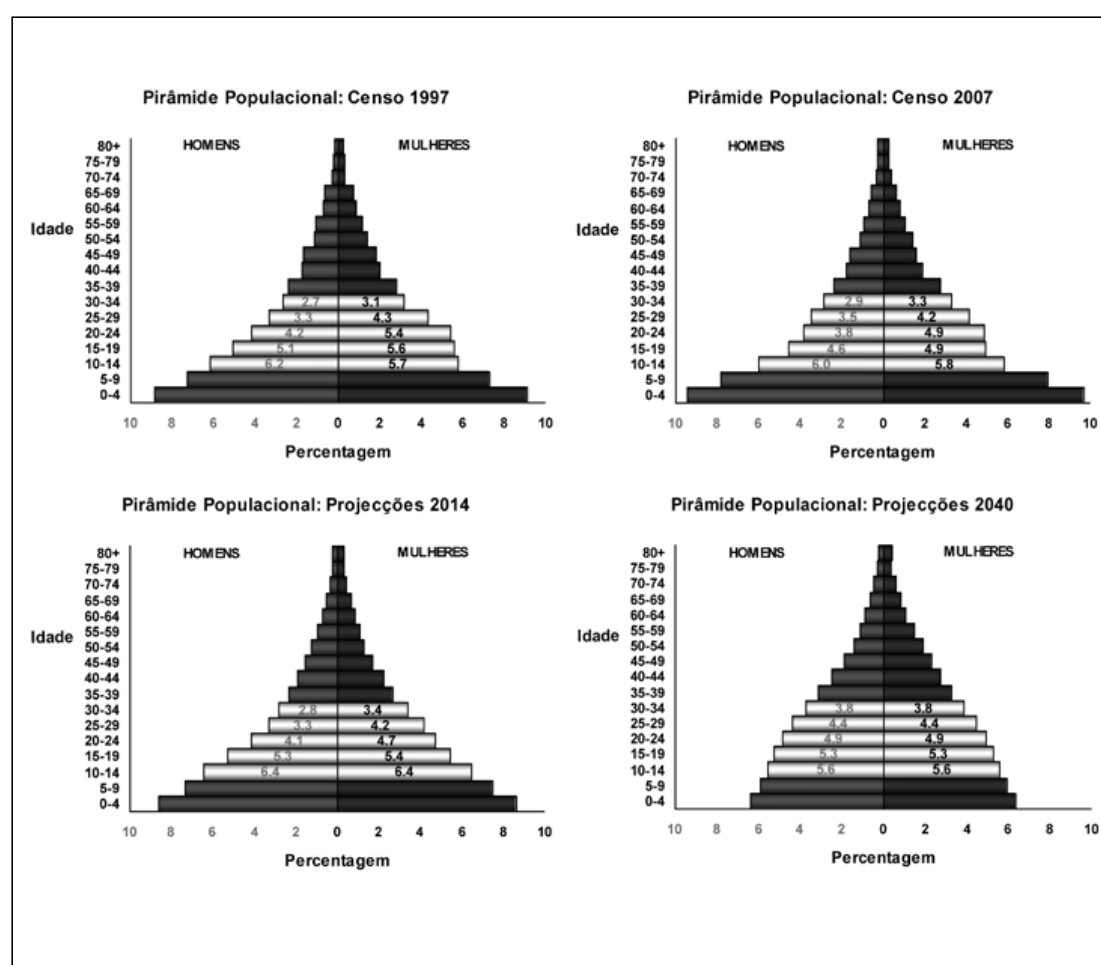
As pirâmides populacionais dos censos de 1997 e 2007 e das projecções populacionais para 2014 indicam uma estrutura típica de população jovem, com altas taxas de fecundidade, caracterizada por uma base larga (Figura 3.1). Até 2040, a pirâmide populacional projectada

³ <http://africa-youth.org/sites/default/files/youth%20Charter.pdf>

começa a reflectir a redução das taxas de fecundidade, com uma base relativamente reduzida e com a forma aproximada à de uma cebola.

Projecções populacionais para 2014 estimam que 46,1% da população moçambicana é composta por adolescentes e jovens, dos quais 22% são do sexo masculino e 24,1% do sexo feminino. No Censo de 2007, a percentagem de adolescentes e jovens era de 43,9%, tendo reduzido de 45,7%, no censo de 1997 (Tabela 3.1).

Figura 3.1: Pirâmide populacional dos censos de 1997 e 2007 e projecções populacionais para 2014 e 2040, Moçambique



Fonte: Censos de 1997 e 2007, Instituto Nacional de Estatística (2010).

Os adolescentes compõem 23,7% da população projectada para 2014, enquanto os jovens representam 22,6%. A distribuição populacional desses dois grupos não varia significativamente, quando comparada com os dois últimos

censos, sendo de 21,3% para 22,6%, para adolescentes, e de 23,0% para 22,5%, para jovens, nos censos de 1997 e 2007, respectivamente (Tabela 3.1).

Dados dos censos de 1997 e 2007 e das projecções populacionais para 2014 mostram uma composição percentual de indivíduos do sexo feminino relativamente mais alta por faixa etária, com excepção da primeira faixa, a dos 10 aos 14 anos. Projecções para 2040 estimam percentagens por sexo iguais nas faixas etárias de adolescentes e jovens (Figura 3.1).

Tabela 3.1: Distribuição populacional dos censos de 1997 e 2007 e projecções populacionais para 2014 e 2040, Moçambique

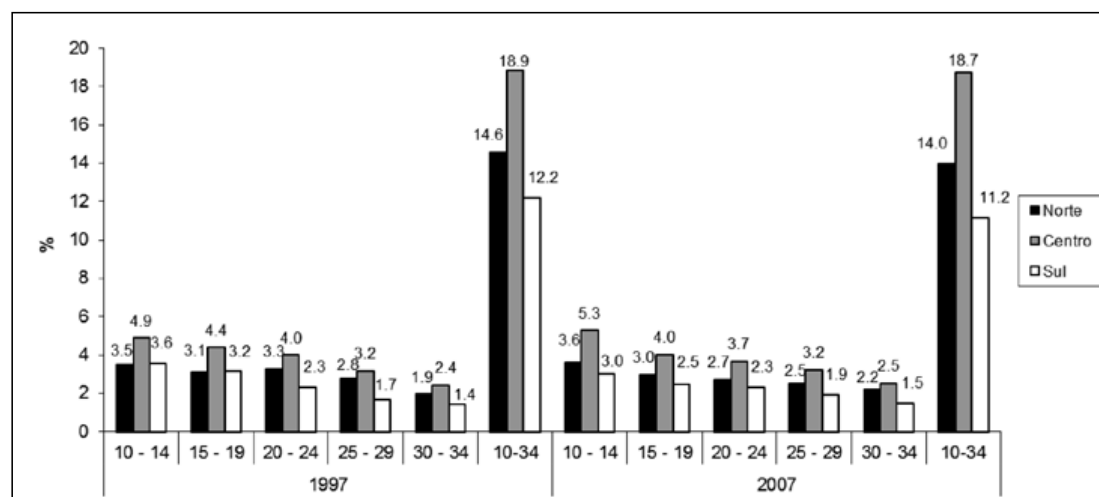
Idade	Censo		Censo		População projectada		População projectada	
	1997		2007		2014		2040	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0-4	8,9	9,1	9,5	9,7	8,6	8,6	6,4	6,3
5-9	7,3	7,3	7,8	8,0	7,4	7,5	5,9	5,9
10-14	6,2	5,7	6,0	5,8	6,4	6,4	5,6	5,6
15-19	5,1	5,6	4,6	4,9	5,3	5,4	5,3	5,3
20-24	4,2	5,4	3,8	4,9	4,1	4,7	4,9	4,9
25-29	3,3	4,3	3,5	4,2	3,3	4,2	4,4	4,4
30-34	2,7	3,1	2,9	3,3	2,8	3,4	3,8	3,8
35-39	2,4	2,8	2,4	2,7	2,4	2,7	3,1	3,3
40-44	1,8	2,0	1,8	1,9	2,0	2,2	2,5	2,7
45-49	1,7	1,8	1,6	1,6	1,6	1,7	1,9	2,3
50-54	1,2	1,4	1,1	1,4	1,3	1,3	1,4	1,9
55-59	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,5
60-64	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7	0,9	0,9	1,1
65-69	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,9
70-74	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6
75-79	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4
80+	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4
<i>10-19</i>	<i>11,3</i>	<i>11,3</i>	<i>10,6</i>	<i>10,7</i>	<i>11,8</i>	<i>11,9</i>	<i>10,8</i>	<i>10,8</i>
<i>15-34</i>	<i>10,2</i>	<i>12,8</i>	<i>10,2</i>	<i>12,3</i>	<i>10,3</i>	<i>12,3</i>	<i>13,0</i>	<i>13,2</i>
<i>10-34</i>	<i>21,5</i>	<i>24,2</i>	<i>20,8</i>	<i>23,1</i>	<i>22,0</i>	<i>24,1</i>	<i>23,9</i>	<i>24,0</i>
<i>Total</i>	<i>47,92</i>	<i>52,08</i>	<i>48,13</i>	<i>51,87</i>	<i>48,25</i>	<i>51,75</i>	<i>48,79</i>	<i>51,21</i>

Fonte: Censos de 1997 e 2007, Instituto Nacional de Estatística (2010).

Não se esperam grandes mudanças na composição populacional por faixa etária, segundo as projecções populacionais para 2040. Todavia, estima-se um aumento no número total da população em Moçambique e, consequentemente, um aumento no número de adolescentes e jovens. Em termos de números absolutos por faixa etária, o número de adolescentes e jovens projectado para 2040 é quase o dobro do número total projectado para 2014: 11.561.109, em 2014, e 22.109.242, em 2040 (Instituto Nacional de Estatística, 2010). O aumento está em função do crescimento populacional projectado: de 25.041.922, em 2014, para 46.181.058, em 2040 (Anexo 1).

A composição percentual de adolescentes e jovens em Moçambique (45,7%, no Censo de 1997, e 43,9%, no Censo de 2007) tem uma distribuição regional com peso maior na região Centro⁴, com 18,7% de adolescentes e jovens, em 2007, seguida pela região Norte (14,0%) e região Sul (11,2%) (Figura 3.2).

Figura 3.2: Distribuição regional de adolescentes e jovens por faixa etária, censos de 1997 e 2007, Moçambique



Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Distribuição por província

A distribuição populacional de adolescentes e jovens nas províncias de Moçambique (calculada com base na população total de cada província) variava entre 43,7%, em Niassa, e 52,9%, em Maputo Cidade, segundo o Censo do 1997, e entre 41,4 %, em Niassa, e 52,9%, em Maputo Cidade, no Censo de 2007 (Tabela 3.2). Essa distribuição percentual diminuiu ligeiramente entre os dois censos, com excepção das províncias de Gaza e Maputo Província, onde houve um aumento, e Maputo Cidade e Tete, que mantiveram o mesmo valor (Tabela 3.2).

Segundo o Censo de 2007, as províncias de Manica e Gaza têm a maior percentagem de adolescentes⁵ (23,5%), enquanto a província de Cabo Delgado tem uma percentagem relativamente menor (19,3%). O mesmo

⁴ Norte = Nampula, Cabo Delgado e Niassa; Centro = Zambézia, Tete, Manica e Sofala; Sul = Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade .

⁵ Somando as percentagens das faixas etárias dos 10 aos 19 anos na Tabela 3.2.

Censo mostra que 41,1% da população na província de Maputo Cidade é composta por jovens⁶, seguindo-se Maputo Província (36,6%), sendo Inhambane a província com a menor percentagem de jovens (29,6%).

Tabela 3.2: Distribuição percentual de adolescentes e jovens por província, censos de 1997 e 2007, Moçambique

Província	1997						2007					
	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	Total	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	Total
Niassa	11,2	9,7	9,3	7,9	5,6	43,7	10,9	8,9	8,2	7,5	5,9	41,4
Cabo Delgado	10,6	9,4	10,1	8,4	6,2	44,7	10,2	9,1	8,3	7,6	7,0	42,1
Nampula	10,5	9,4	10,0	8,5	5,9	44,3	11,1	8,8	8,0	7,4	6,6	41,9
Zambézia	11,2	10,4	10,3	8,0	6,1	46,0	11,7	8,5	8,3	7,4	6,1	42,1
Tete	12,6	10,1	8,6	7,1	5,5	43,8	12,4	9,6	8,8	7,4	5,6	43,8
Manica	12,8	11,2	9,1	7,2	5,5	45,8	12,9	10,6	8,8	7,6	5,6	45,5
Sofala	11,9	11,3	9,7	7,8	6,1	46,8	13,1	10,1	8,6	7,7	5,9	45,4
Inhambane	13,5	11,2	8,0	6,2	5,1	44,0	13,1	9,9	8,1	6,4	5,2	42,7
Gaza	14,1	11,9	8,4	5,5	4,8	44,7	13,2	10,2	8,6	7,1	5,7	44,9
Maputo Província	13,7	12,1	9,0	6,8	5,9	47,6	12,1	10,4	10,3	9,1	6,8	48,8
Maputo Cidade	13,9	13,9	10,7	7,8	6,6	52,9	11,7	11,5	12,4	10,2	7,0	52,9
<i>Total</i>	<i>11,9</i>	<i>10,7</i>	<i>9,6</i>	<i>7,6</i>	<i>5,8</i>	<i>45,6</i>	<i>11,9</i>	<i>9,5</i>	<i>8,7</i>	<i>7,6</i>	<i>6,2</i>	<i>43,9</i>

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Olhando para a distribuição provincial da soma total de adolescentes e jovens no país, as províncias de Nampula e Zambézia que, são as mais populosas do país, têm a maior concentração de adolescentes e jovens do país (Tabela 3.3).

Em 1997, o país tinha um total de 6.970.081 de adolescentes e jovens, que aumentou para 8.885.171 em 2007. A distribuição desses adolescentes e jovens por província aumentou nas províncias de Niassa, Tete, Manica e Maputo no período entre os dois censos (Tabela 3.3).

⁶ Somando as percentagens das faixas etárias dos 15 aos 34 anos na Tabela 3.2.

Tabela 3.3: A distribuição provincial de adolescentes e jovens, calculada como a percentagem da soma nacional dos mesmos, censos de 1997 e 2007, Moçambique

Província	10-19		15-34		10-34	
	1997	2007	1997	2007	1997	2007
Niassa	4,6	5,4	4,8	5,5	4,7	5,5
Cabo Delgado	7,5	7,2	8,5	7,9	8,3	7,6
Nampula	17,2	18,3	19,6	19,0	18,9	18,8
Zambézia	18,1	18,0	19,5	18,1	19,1	18,3
Tete	7,5	9,1	7,0	8,6	7,2	8,8
Manica	6,8	7,7	6,3	7,1	6,4	7,2
Sofala	8,7	8,8	8,8	8,2	8,7	8,4
Inhambane	8,0	6,8	6,7	5,8	7,1	6,1
Gaza	8,0	6,7	6,3	6,0	6,8	6,2
Maputo Província	6,0	6,3	5,3	6,8	5,5	6,6
Maputo Cidade	7,8	5,9	7,3	6,9	7,3	6,5
<i>Número total</i>	<i>3.454.070</i>	<i>4.323.659</i>	<i>5.144.416</i>	<i>6.478.564</i>	<i>6.970.081</i>	<i>8.885.171</i>

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Distribuição por sexo

A distribuição por sexo calculada com base no número total de adolescentes e jovens por província mostra uma maior percentagem de mulheres, particularmente nas províncias de Inhambane e Gaza, entre os jovens dos 15 aos 34 anos. No Censo de 1997, a distribuição por sexo entre os jovens era de 61% de mulheres e 39% de homens para ambas as províncias. No Censo de 2007, a percentagem de mulheres jovens, apesar de continuar alta, reduziu ligeiramente, para 59%, em Inhambane, e 57%, em Gaza (Tabela 3.4).

Tabela 3.4: Distribuição por sexo e província de adolescentes e jovens, Censo 1997 e Censo 2007, Moçambique

Província	10-19				15-34				10-34			
	1997		2007		1997		2007		1997		2007	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Niassa	50,4	49,6	50,1	49,9	46,8	53,2	46,8	53,2	48,4	51,6	48,1	51,9
Cabo Delgado	50,3	49,7	49,1	50,9	46,9	53,1	46,7	53,3	48,1	51,9	47,7	52,3
Nampula	51,8	48,2	50,3	49,7	47,2	52,8	46,7	53,3	48,9	51,1	48,1	51,9
Zambézia	50,6	49,4	49,8	50,2	45,1	54,9	45,1	54,9	47,1	52,9	46,9	53,1
Tete	49,5	50,5	49,9	50,1	45,5	54,5	47,5	52,5	47,2	52,8	48,4	51,6
Manica	49,2	50,8	49,6	50,4	44,8	55,2	46,6	53,4	46,6	53,4	47,6	52,4
Sofala	49,3	50,7	49,7	50,3	46,7	53,3	47,3	52,7	47,7	52,3	48,1	51,9
Inhambane	47,8	52,2	49,0	51,0	39,1	60,9	41,3	58,7	42,7	57,3	44,1	55,9
Gaza	47,7	52,3	49,0	51,0	38,6	61,4	43,3	56,7	42,2	57,8	45,3	54,7
Maputo Província	49,3	50,7	49,3	50,7	45,7	54,3	47,1	52,9	46,9	53,1	47,7	52,3
Maputo Cidade	49,1	50,9	49,2	50,8	47,8	52,2	48,6	51,4	48,1	51,9	48,7	51,3
Nacional	49,8	50,2	49,7	50,3	45,3	54,7	46,2	53,8	47,0	53,0	47,4	52,6

Fonte: Censos de 1997 e 2007. H = Homens, M = Mulheres.

Densidade populacional

A maior densidade⁷ de adolescentes e jovens em Moçambique está em Maputo Cidade, onde há 1658 adolescentes e jovens por cada km² (1658/km²), segundo o censo mais recente (2007), seguindo-se a província de Manica, com uma densidade de 145/km². A província de Niassa apresenta a menor densidade populacional: 4 adolescentes e jovens por km² (Tabela 3.5).

⁷ População por km² de área, de acordo com a superfície classificada em 2007- <http://www.ine.gov.mz/pt/Map>.

Tabela 3.5: Densidade populacional por província e idade, censos de 1997 e 2007, Moçambique

Província	Superfície (km ²)	Censo 1997			Censo 2007		
		10-19	15-34	10-34	10-19	15-34	10-34
Niassa	129.588	1	2	3	2	3	4
Cabo Delgado	77.844	3	6	7	4	7	9
Nampula	78.132	8	13	17	10	16	21
Zambézia	103.133	6	10	13	8	11	16
Tete	101.783	3	4	5	4	6	8
Manica	4.425	53	73	101	75	104	145
Sofala	68.049	4	7	9	6	8	11
Inhambane	69.096	4	5	7	4	5	8
Gaza	76.086	4	4	6	4	5	7
Maputo Província	23.507	9	12	16	12	19	25
Maputo Cidade	349	768	1082	1466	729	1290	1658
<i>Total</i>	<i>731.992</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>10</i>	<i>6</i>	<i>9</i>	<i>12</i>

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

As províncias de Inhambane, Gaza, Tete e Cabo Delgado apresentam densidades menores, de entre 7 e 9 adolescentes e jovens por km². As províncias de Sofala, Nampula, Zambézia e Maputo Província têm uma densidade média, que varia entre 11 e 25 adolescentes e jovens por km² (Tabela 3.5).

Comparando a densidade em 1997 e 2007, pode-se notar que a densidade populacional aumentou com o crescimento populacional⁸ (com a exceção dos adolescentes em Maputo Cidade).

Morbilidade e mortalidade

Prevalência de HIV

A análise dos dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) de 2009 mostra que 11% dos jovens moçambicanos estão infectados pelo HIV, sendo que a maior prevalência se verificou nas mulheres (13,5%) comparativamente aos homens (7,6%) da mesma faixa etária. Os adolescentes têm uma prevalência menor (3,1%), que também é maior

⁸ Assumindo uma área constante entre os dois censos.

entre adolescentes do sexo feminino (3,8%), comparada com a dos do sexo masculino, cuja prevalência é de 2,4% (Tabela 3.6).

Tabela 3.6: Prevalência de HIV entre adolescentes e jovens por sexo e idade

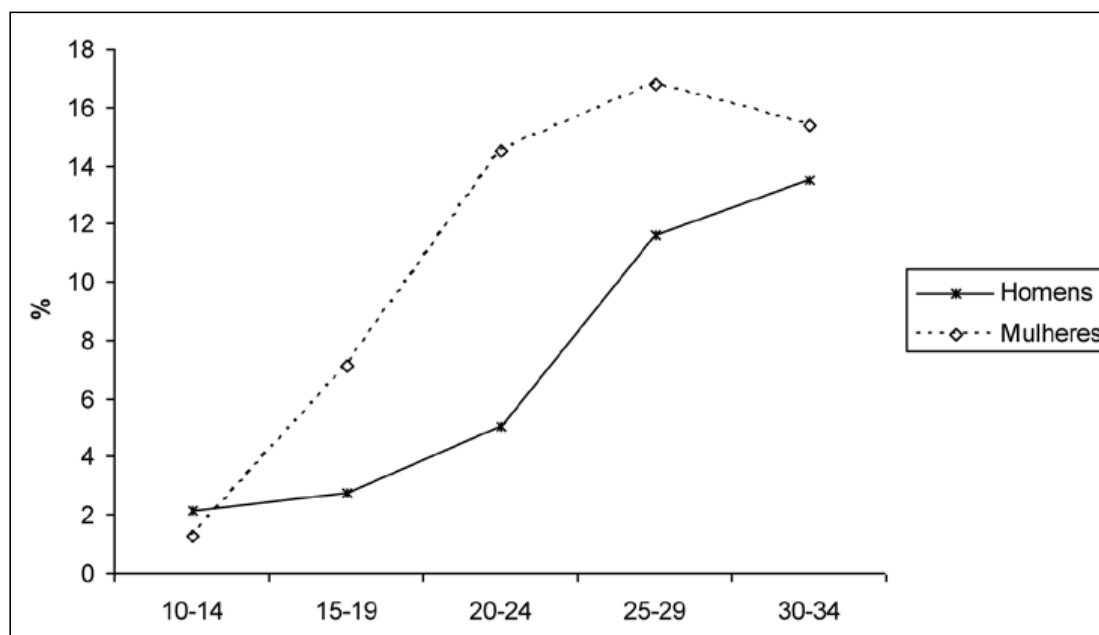
Idade	Homens		Mulheres		Total	
	% Infectadas	Número	% Infectadas	Número	% Infectadas	Número
10-14	2,1	1,215	1,3	1.162	1,8	2.377
15-19	2,7	843	7,1	879	5,0	1.722
20-24	5,0	632	14,5	1.052	10,9	1.684
25-29	11,6	610	16,8	894	14,7	1.504
30-34	13,5	571	15,4	829	14,6	1.400
<i>10-19</i>	<i>2,4</i>	<i>2.058</i>	<i>3,8</i>	<i>2.041</i>	<i>3,1</i>	<i>4.099</i>
<i>15-34</i>	<i>7,6</i>	<i>2.656</i>	<i>13,5</i>	<i>3.654</i>	<i>11,0</i>	<i>6.309</i>
<i>10-34</i>	<i>5,9</i>	<i>3.870</i>	<i>10,5</i>	<i>4.816</i>	<i>8,5</i>	<i>8.686</i>

Fonte: INSIDA 2009.

A tendência da prevalência de HIV para as mulheres tem uma subida íngreme, de 1,3%, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, para 14,5%, nas mulheres dos 20 aos 24 anos (Figura 3.3). Para os homens, a subida íngreme é entre as faixas etárias dos 20 aos 24 anos e dos 25 aos 29, onde a prevalência de HIV subiu de 5% para 11,6%, respectivamente (Figura 3.3).

A prevalência de HIV por província⁹ mostra que, em geral, as províncias da região Sul apresentam taxas relativamente mais elevadas, com maior destaque para a província de Gaza, com uma prevalência de 15,3% entre adolescentes e jovens (dos 10 aos 34 anos), seguida por Maputo Província (13,8%), Sofala (região Centro) (12,3%) e Maputo Cidade (12,2%) (Tabela 3.7).

⁹ Calculada para as faixas etárias dos 10 aos 34 anos e dos 15 aos 34 anos.

Figura 3.3: Prevalência de HIV em adolescentes e jovens por sexo e idade

Fonte: INSIDA 2009.

A disparidade na prevalência por sexo é muito elevada na província de Gaza, onde 21,2% das mulheres dos 10 aos 34 anos são HIV positivas, enquanto a prevalência entre os homens da mesma província é de 7,1%. As outras províncias que mostram uma grande disparidade na prevalência por sexo são as de Maputo Cidade (16,6%, entre as mulheres, e 7,5%, entre os homens), Manica (11,3%, entre as mulheres, e 6,9%, entre os homens) e Zambézia (12,7%, entre as mulheres, e 6,7%, entre os homens) (Tabela 3.7).

Os jovens (15-34 anos) têm tendências semelhantes às do grupo etário dos 10 aos 34 anos, mas com taxas de prevalência de HIV geralmente mais elevadas. Na província de Gaza, 1 em cada 5 jovens (20,5%) está infectado com HIV, sendo a percentagem mais alta entre as mulheres (27,6%) do que entre os homens (com uma prevalência de 9,5%) (Tabela 3.7). Em Maputo Cidade e Maputo Província, a prevalência de HIV nas mulheres é 20,3%. A prevalência entre jovens do sexo masculino é relativamente mais alta em Maputo Província (15,2%), seguindo-se as províncias de Sofala (12,1%) e Cabo Delgado (10,0%) (Tabela 3.7).

Tabela 3.7: A prevalência de HIV por província e faixas etárias dos 10 aos 34 anos e 15 aos 34 anos.

10-34						
Província	Homens		Mulheres		Total	
	% Infectados	Número	% Infectadas	Número	% Infectados	Número
Niassa	3,5	186	4,5	252	4,1	438
Cabo Delgado	7,6	278	8,9	370	8,3	648
Nampula	2,1	731	4,8	887	3,6	1618
Zambézia	6,7	697	12,7	871	10,0	1567
Tete	2,5	363	6,3	429	4,6	792
Manica	6,9	281	11,2	341	9,3	622
Sofala	9,8	344	14,4	399	12,3	743
Inhambane	3,9	205	5,4	307	4,8	512
Gaza	7,1	229	21,2	318	15,3	546
Maputo Província	11,5	272	15,8	329	13,8	601
Maputo Cidade	7,5	285	16,6	312	12,2	598
<i>Total</i>	<i>5,9</i>	<i>3.870</i>	<i>10,5</i>	<i>4816</i>	<i>8,5</i>	<i>8.686</i>
15-34						
Província	Homens		Mulheres		Total	
	% Infectados	Número	% Infectadas	Número	% Infectados	Número
Niassa	3,5	113	3,7	195	3,6	308
Cabo Delgado	10,0	198	11,5	285	10,9	482
Nampula	2,9	494	6,3	685	4,8	1179
Zambézia	7,2	476	16,2	671	12,5	1147
Tete	3,7	245	8,5	307	6,4	553
Manica	9,8	183	13,9	249	12,2	432
Sofala	12,1	243	18,8	299	15,8	543
Inhambane	6,1	124	7,2	221	6,8	345
Gaza	9,5	156	27,6	243	20,5	399
Maputo Província	15,2	205	20,3	251	18,0	455
Maputo Cidade	9,4	218	20,3	247	15,2	465
<i>Total</i>	<i>7,6</i>	<i>2.656</i>	<i>13,5</i>	<i>3.654</i>	<i>11,0</i>	<i>6.309</i>

Fonte: INSIDA 2009.

Causas de mortalidade

O Inquérito Nacional sobre as Causas de Mortalidade (INCAM) de 2007/8 apresenta as causas de morte para pessoas com 5 anos e mais em quatro faixas etárias: dos 5 aos 14 anos, dos 15 aos 24 anos, dos 25 aos 49

anos e dos 50 anos e mais. Segundo o relatório do INCAM, a certificação médica das causas de morte no INCAM baseou-se no sistema de registo vital com autópsia verbal e Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão, 2^a edição (Instituto Nacional de Estatística, 2009a).

A principal causa de morte na faixa etária dos 5 aos 14 anos é a malária (48,5%), seguida pelo HIV e SIDA (14,4%). Para os grupos etários dos 15 aos 24 anos e dos 25 aos 49 anos, a principal causa de morte é o HIV e SIDA (38,8% e 52,4%, respectivamente). A malária é responsável por 18,4% das mortes, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, e por 13,7%, no grupo dos 25 aos 49 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2009a).

Com Base nesses resultados, pode-se inferir que para os dois grupos alvos, adolescentes e jovens, as duas principais causas de morte são HIV e SIDA e malária. Para os adolescentes (dos 10 aos 19 anos), a contribuição da malária é presumivelmente a maior, enquanto, para os jovens, o SIDA é a causa principal dos óbitos.

O INCAM analisa também as causas de morte materna. Segundo o INCAM 2007/8, a mortalidade materna é:

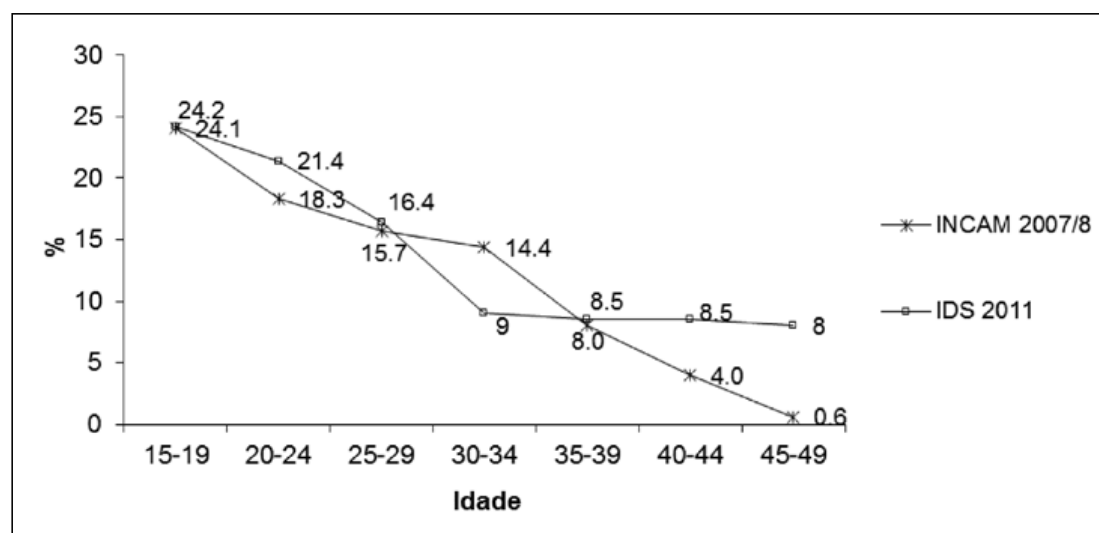
...a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. (Instituto Nacional de Estatística, 2009a: 48)

A contribuição da mortalidade materna para as causas de mortalidade entre as mulheres é mais elevada para as mulheres na faixa etária dos 15 aos 19 anos, onde quase 1 em cada 4 mortes é atribuída a causas maternas (24,1%) (Figura 3.4). Aplicando a definição de adolescentes e jovens adoptada nesta análise, a faixa etária dos 15 aos 19 anos é composta por adolescentes na fase avançada de desenvolvimento, que também faz parte do primeiro grupo de jovens.

A proporção das mortes atribuídas a causas maternas decresce com o aumento da idade, reduzindo para 14,4% na faixa etária dos 30 aos 34 anos. Foram consideradas estimativas de mortalidade materna do IDS 2011 (Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF International, 2013) para os sete anos anteriores ao inquérito, que mostraram uma tendência de mortalidade materna semelhante à tendência do INCAM 2007/8,

particularmente para os três primeiros grupos e para mulheres dos 35 aos 39 anos. Os dois últimos grupos etários (40-44 e 45-49) e o dos 30 aos 34 anos têm diferenças mais pronunciadas (Figura 3.4).

Figura 3.4: Proporção das mortes atribuídas a causas maternas entre mulheres dos 15 aos 49 anos por faixa etária, INCAM 2007/8 e IDS 2011



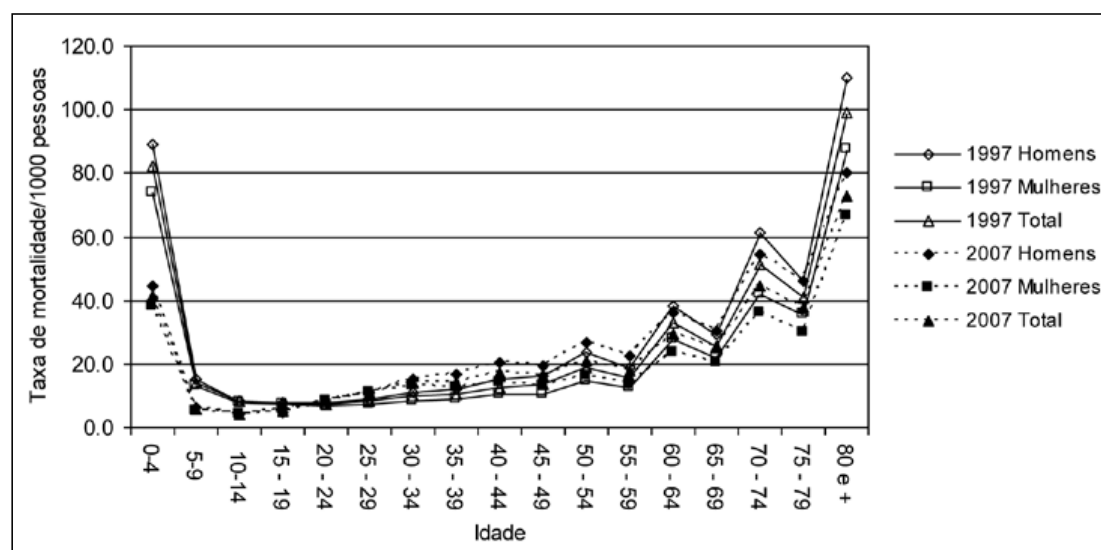
Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2009a), Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF International (2013).

Taxas específicas de mortalidade

As taxas específicas de mortalidade foram calculadas em faixas etárias de 5 anos e por sexo, com base em dados sobre pessoas falecidas no ano anterior aos recenseamentos nacionais de 1997 e de 2007 (Figura 3.5) (a tabela A3.2) mostra a tabela das taxas específicas por faixa etária e sexo.

As taxas específicas de mortalidade são elevadas para os primeiros anos da vida (0 a 4 anos) e para os últimos anos da vida (tomando em conta que a última faixa etária não é quinquenal). A tendência nas taxas específicas de mortalidade das crianças dos 0 aos 4 anos é decrescente de 1997 para 2007. A extensão da rede sanitária, campanhas nacionais de imunização e aumento na procura dos serviços de saúde contribuíram para a redução das taxas de mortalidade. Ao contrário, as taxas específicas de mortalidade no Censo de 2007 são mais elevadas do que as de 1997, a partir da faixa etária dos 20 aos 24 anos até à idade dos 60 aos 64 anos, provavelmente por causa de óbitos atribuídos ao SIDA (Figura 3.5).

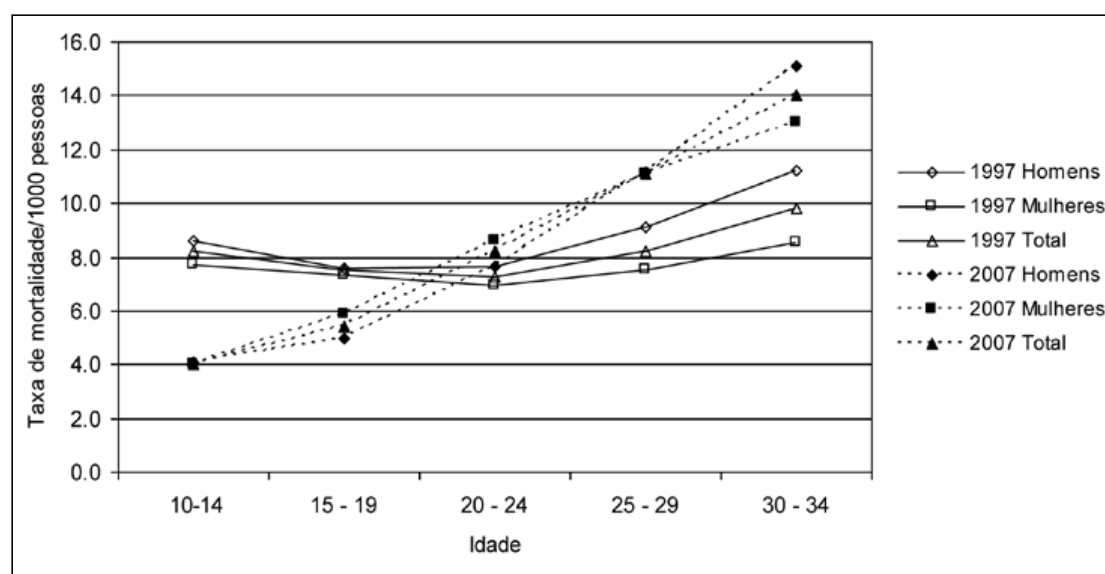
Figura 3.5: Taxas específicas de mortalidade/1000 pessoas por sexo e idade, censos de 1997 e 2007



Fonte: Censos de 1997 e 2007.

A Figura 3.6 apresenta taxas específicas de mortalidade por faixas etárias de adolescentes e jovens. O gráfico indica uma tendência crescente e elevadas taxas de mortalidade nas mulheres dos 15 aos 24 anos. A situação reverte-se na faixa dos 30 aos 34 anos, com os homens a apresentarem taxas mais elevadas.

Figura 3.6: Taxas específicas de mortalidade/1000 pessoas para adolescentes e jovens por sexo e faixa etária, censos de 1997 e 2007, Moçambique



Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Migração interna

A migração interna ou inter-provincial foi determinada através da comparação da província de residência actual por um ano ou mais com a província de nascimento. Foram analisados dados de amostras de 10% dos censos de 1997 e 2007 na faixa dos 10 aos 34 anos. Os resultados indicam que a maioria dos adolescentes e jovens residem na província do seu nascimento, sendo a percentagem de 92%, em 1997, e 94%, em 2007, para adolescentes, e 88%, em 1997, e 89%, em 2007, para jovens.

A Tabela 3.8 apresenta taxas líquidas de migração inter-provincial por faixa etária e sexo. Uma taxa líquida de migração negativa significa que houve mais emigrantes (pessoas que saíram dessa província) do que imigrantes (pessoas que entraram nessa província). Por seu turno, uma taxa líquida de migração positiva significa que houve mais imigrantes (pessoas que entraram na província) do que emigrantes (pessoas que saíram da província).

As províncias com movimento inter-provincial significativo dos adolescentes são as províncias de Maputo Província, Maputo Cidade e Manica. Maputo Província registou maior migração, tendo a taxa líquida de migração aumentado de 11,5%, em 1997, para 22,7%, em 2007. Maputo Cidade registou uma taxa líquida de migração positiva de 8,3%, em 1997, e uma taxa líquida negativa (-10,6%), em 2007. A província de Manica apresentou uma taxa líquida de 7%, em 1997, e 5,9%, em 2007. A província de Inhambane teve taxas líquidas de migração negativas: -9,2%, em 1997, que melhorou para -3,3%, em 2007, ou seja, continuou a registar maior número de saídas de pessoas do que o de entradas, apesar de no período seguinte ter reduzido a proporção de saídas face às entradas (Tabela 3.8).

Para os jovens, as províncias de Maputo Cidade e Maputo Província registaram o maior índice de imigração, com taxas líquidas positivas de 34,2% e 13,4%, respectivamente, no Censo de 2007. Nas províncias de Inhambane e Gaza, a migração é emigratória, resultando em taxas líquidas negativas de -24,8% e -17,5%, respectivamente, em 2007. Outras províncias com movimentos inter-provinciais notáveis em 2007 são as de Manica (10,3%) e Zambézia (-6,9%).

Tabela 3.8: Taxas líquidas de migração inter-provincial por faixa etária e sexo, usando amostras de 10% dos censos 1997 e de 2007

10-19						
Província	1997			2007		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Niassa	1,4	0,5	0,9	1,7	0,9	1,3
Cabo Delgado	0,7	0,4	0,6	-0,1	-0,4	-0,2
Nampula	0,2	0,0	0,1	-0,3	-0,2	-0,3
Zambézia	-3,5	-1,8	-2,7	-3,0	-2,4	-2,7
Tete	-0,1	-1,1	-0,6	-1,6	-2,1	-1,8
Manica	7,5	6,5	7,0	5,9	5,9	5,9
Sofala	0,0	-0,7	-0,4	-0,8	-0,9	-0,9
Inhambane	-10,1	-8,4	-9,2	-2,6	-4,0	-3,3
Gaza	-7,6	-7,6	-3,2	-3,8	-3,8	-3,2
Maputo Província	11,9	11,1	11,5	22,1	23,2	22,7
Maputo Cidade	8,3	8,2	8,3	-11,4	-9,8	-10,6
15-34						
Província	1997			2007		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Niassa	1,0	0,0	0,5	3,1	0,7	1,8
Cabo Delgado	-2,4	-1,2	-1,8	-0,5	-0,7	-0,6
Nampula	0,5	0,8	0,7	-0,1	0,4	0,1
Zambézia	-8,9	-2,7	-5,5	-10,3	-4,1	-6,9
Tete	-3,5	-3,6	-3,5	-2,3	-2,6	-2,4
Manica	12,4	9,7	10,9	10,8	9,9	10,3
Sofala	5,1	1,2	3,0	1,2	-1,3	-0,1
Inhambane	-43,4	-22,3	-30,4	-30,7	-20,7	-24,8
Gaza	-21,6	-21,6	-17,5	-18,5	-18,5	-17,5
Maputo Província	29,7	17,7	23,1	36,1	32,6	34,2
Maputo Cidade	38,2	31,5	34,7	16,0	10,9	13,4
10-34						
Província	1997			2007		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Niassa	0,9	0,1	0,5	2,6	0,7	1,6
Cabo Delgado	-1,4	-0,7	-1,1	-0,3	-0,6	-0,4
Nampula	0,3	0,6	0,4	-0,2	0,2	0,0
Zambézia	-6,9	-2,5	-4,6	-7,7	-3,6	-5,5
Tete	-2,5	-2,8	-2,7	-2,0	-2,3	-2,2
Manica	10,6	8,6	9,5	8,8	8,4	8,6
Sofala	3,1	0,9	2,0	0,5	-1,0	-0,3
Inhambane	-28,0	-17,5	-21,9	-19,9	-15,3	-17,3
Gaza	-16,9	-16,9	-12,5	-13,9	-13,9	-12,5
Maputo Província	23,2	15,4	19,0	31,6	29,7	30,6
Maputo Cidade	27,6	23,8	25,6	8,5	5,5	6,9

Fonte: Amostra de 10% dos Censos de 1997 e 2007.

A província de Maputo mostra uma tendência crescente da taxa líquida de migração interna de jovens, de 23,1%, em 1997, para 34,2%, em 2007. A Cidade de Maputo, ao contrário, apresenta taxas decrescentes: de 34,7%, em 1997, para 13,4%, em 2007. Na província de Inhambane a taxa de migração dos jovens baixou de -30,4%, em 1997, para -24,8%, em 2007.

Geralmente, as taxas líquidas por sexo não apresentam grandes diferenças para adolescentes, enquanto para jovens há diferenças notáveis em algumas províncias, em particular nas províncias de Inhambane e Zambézia, onde a emigração interna é mais comum entre os homens do que entre as mulheres (embora ambas sejam significativas, particularmente em Inhambane). No Censo de 2007, Inhambane teve uma taxa líquida de migração para jovens do sexo masculino de -30,7%, comparada com uma taxa de -20,7% para jovens do sexo feminino. Na província de Zambézia, a taxa dos homens era de -10,3% e de -4,1% para as mulheres (Tabela 3.8).

Fecundidade

A Tabela 3.9 apresenta taxas específicas de fecundidade para os três anos anteriores ao inquérito (com a exceção do IDS de 1997, que apresenta taxas para os cinco anos anteriores) para mulheres em idade reprodutiva, nas faixas etárias de 15 a 49 anos.

As taxas específicas de fecundidade das mulheres residentes em áreas urbanas reduziram entre o IDS de 1997 e o IDS de 2003. Todavia, os dados mostram tendências de incremento no IDS de 2011, particularmente para mulheres residentes em áreas rurais. O MICS de 2008 também apresenta dados de fecundidade relativamente mais elevados, que sugerem um aumento nas taxas de fecundidade. Contudo, as tendências podem ser influenciadas pela qualidade dos dados utilizados no cálculo de taxas de fecundidade, como, por exemplo, a transferência de nascimentos de um período para outro.

Tabela 3.9: Taxas específicas de fecundidade por faixa etária e área de residência (urbana/rural), IDS 1997, IDS 2003, MICS 2008 e IDS 2011

Idade	IDS 1997			IDS 2003			MICS 2008			IDS 2011		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
15-19	175	173	173	143	207	179	171	208	193	141	183	167
20-24	235	281	270	209	266	246	224	311	278	220	290	264
25-29	223	238	235	190	242	226	192	267	241	198	280	251
30-34	172	207	198	139	216	191	152	233	207	163	238	214
35-39	130	124	126	126	159	148	115	179	159	124	189	168
40-44	82	98	95	59	83	75	48	95	79	40	103	84
45-49	6	29	25	16	55	43	33	79	64	19	43	36

Fonte: Gaspar *et al.* (1998), Instituto Nacional de Estatística (2009b), Instituto Nacional de Estatística e Ministério de Saúde e ICF International (2005), Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF International (2013).

Dinâmicas dos agregados familiares

Orfandade materna

A ocorrência de orfandade materna é mais comum entre jovens do que entre adolescentes, sendo de 20,7% para jovens e de 9,4% para adolescentes no Censo de 2007 (Tabela 3.10). A tendência de orfandade materna nos dois grupos diminui ligeiramente entre os dois censos (1997 e 2007), de 10% para 9,4%, entre adolescentes, e de 21,5% para 20,7%, entre jovens.

Todavia, a análise por área de residência mostra um aumento na percentagem de órfãos maternos nas áreas urbanas, tanto para adolescentes como para jovens. A percentagem de adolescentes órfãos maternos aumentou de 7,3%, em 1997, para 9,8%, em 2007, e de 16,6% para 18,4% entre jovens. A tendência dos dois grupos é decrescente entre os dois censos nas áreas rurais (Tabela 3.10).

Tabela 3.10: Orfandade materna por faixa etária e área de residência, censos 1997 e 2007, Moçambique

Idade	Total		Urbana		Rural	
	1997	2007	1997	2007	1997	2007
10-14	7,7	7,3	5,4	7,7	8,8	7,2
15-19	12,6	11,9	9,4	12,0	14,3	11,9
20-24	19,3	18,3	14,5	16,8	21,5	19,1
25-29	26,8	24,7	21,2	21,6	29,1	26,3
30-34	34,8	32,4	28,6	28,1	37,7	34,4
10-19	10,0	9,4	7,3	9,8	11,4	9,2
15-34	21,5	20,7	16,6	18,4	23,9	21,9
10-34	17,9	17,1	13,6	15,7	20,0	17,8

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Chefia dos agregados familiares

Menos de 1% dos adolescentes dos 12 aos 14 anos são indicados como chefes de agregados familiares nos dois censos. No geral, a chefia dos agregados familiares entre adolescentes (dos 12 aos 19 anos) diminuiu ligeiramente, de 4,4%, em 1997, para 3,9%, no Censo de 2007 (Tabela 3.11).

Segundo o Censo de 2007, há mais adolescentes e jovens chefes de agregados familiares residentes nas áreas rurais do que nas áreas urbanas: 4,6%, na área rural, contra 2,6%, na área urbana, para adolescentes; e 32,3%, na área rural, contra 23,5%, na área urbana, para jovens. A análise por sexo mostra que há mais homens chefes de agregados familiares do que mulheres na mesma faixa etária (com a exceção da primeira faixa etária, dos 12 aos 14 anos, onde as percentagens por sexo são idênticas) (Tabela 3.11).

Dados do Censo de 2007 analisados sugerem que 81,7% dos homens na faixa etária dos 30 aos 34 anos são chefes de agregados familiares (74,8% na área urbana e 85,1% na área rural), enquanto para as mulheres a percentagem na mesma faixa etária é de 25,8% (26,6% na área rural e 23,9% na área urbana).

Tabela 3.11: Chefes de agregados familiares por área de residência e sexo, censos 1997 e 2007

Idade	1997								
	Total			Urbana			Rural		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
12-14	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,7	0,7	0,7
15-19	9,2	4,9	7,0	5,1	3,2	4,2	11,6	5,8	8,5
20-24	47,2	14,4	28,6	29,2	10,9	19,5	56,5	15,8	32,8
25-29	72,9	20,8	43,6	59,5	18,3	37,5	79,1	21,8	46,2
30-34	83,5	26,1	52,6	76,6	25,5	50,3	87,0	26,3	53,7
12-19	5,6	3,3	4,4	3,3	2,1	2,7	6,9	3,9	5,4
15-34	46,6	15,0	29,3	34,8	12,5	23,3	52,8	16,1	32,2
12-34	37,7	12,8	24,4	28,4	10,4	19,2	42,5	13,9	26,8

Idade	2007								
	Total			Urbana			Rural		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
12-14	0,5	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5
15-19	7,9	4,9	6,3	5,1	3,1	4,1	9,6	5,9	7,6
20-24	42,0	13,7	26,2	28,8	10,0	18,9	51,3	15,9	30,7
25-29	69,4	19,8	42,5	57,2	16,6	36,5	76,5	21,4	45,6
30-34	81,7	25,8	51,9	74,8	23,9	48,5	85,1	26,6	53,4
12-19	4,7	3,1	3,9	3,3	2,0	2,6	5,5	3,7	4,6
15-34	45,7	15,0	29,2	35,8	11,9	23,5	51,6	16,6	32,3
12-34	37,1	12,7	24,2	29,9	10,0	19,7	41,3	14,1	26,6

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Perfil socioeconómico

Estado civil

Em 1997, 2,8% dos moçambicanos dos 12 aos 14 anos encontravam-se casados ou em união marital no dia do censo, com a maior percentagem a recair sobre as mulheres (5,3%), contra 0,7% dos homens da mesma faixa etária. A percentagem dos casados ou em união marital na idade dos 12 aos 14 anos diminui ligeiramente para 2,1% em 2007 (3,8%, entre as mulheres, e 0,6%, entre os homens) (Tabela 3.12).

Mais de 40% das mulheres dos 15 aos 19 anos encontravam-se casadas nos dois censos (42,3%, em 1997, e 41,2%, em 2007), contra 9,2% e 7,7% dos homens da mesma faixa etária em 1997 e 2007, respectivamente. A percentagem dos homens casados ou a viver maritalmente começa a subir significativamente a partir da faixa etária dos 20 aos 24 anos (52,4%, em 1997, e 47,4%, em 2007). Na última faixa etária desta análise - dos 30 aos 34 anos -, as proporções de solteiros

por sexo são relativamente semelhantes: 7,5% das mulheres, no Censo de 1997, e 7%, no de 2007, encontravam-se solteiras, enquanto 9,1% dos homens, em 1997, e 9%, em 2007, encontravam-se ainda solteiros (Tabela 3.12).

As categorias de Separado/Divorciado e Viúvo indicam a proporção dos que estavam numa união marital em algum momento no passado, o que também é importante para a análise dos casamentos precoces. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos (cruzamento de adolescência com juventude), 2,6% das mulheres, no Censo de 1997, e 3,2%, no de 2007), estavam separadas/divorciadas ou viúvas, contra 0,5% e 0,6% dos homens nos censos de 1997 e 2007, respectivamente (Tabela 3.12).

Uma análise longitudinal por coortes (gerações), que segue os mesmos indivíduos em faixas etárias nos dois censos, mostra que para a coorte dos 12 aos 14 anos, dos 99,3% de homens solteiros em 1997, 47,7% ainda continuavam solteiros em 2007, enquanto, para as mulheres, dos 94,4% de solteiras em 1997, 18,7% ainda eram solteiras dez anos depois, no Censo de 2007 (na faixa etária dos 20 aos 24 anos)¹⁰. Para a coorte de indivíduos dos 15 aos 19 anos, em 1997, a percentagem dos solteiros diminuiu de 88,5% para 20,4%, para os homens, e de 54,4% para 10,5%, para as mulheres, em 2007 (na faixa etária dos 25 aos 29 anos) (Tabela 3.12).

Tabela 3.12: Estado civil entre adolescentes e jovens por faixa etária e sexo, censos 1997 e 2007, Moçambique

Idade	1997							2007						
	HOMENS							HOMENS						
	Solteiro	Casado	União marital	Separado/Divorciado	Viúvo	Descon.	Total	Solteiro	Casado	União marital	Separado/Divorciado	Viúvo	Descon.	Total
12-14	99,3	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	100	99,1	0,2	0,4	0,1	0,0	0,1	100
15-19	88,5	1,2	8,0	0,4	0,1	1,8	100	89,7	1,3	6,4	0,5	0,1	2,2	100
20-24	42,0	9,9	42,5	1,5	0,2	3,9	100	47,7	8,8	38,6	1,9	0,2	2,8	100
25-29	18,2	17,1	61,1	2,2	0,4	1,1	100	20,4	15,8	59,6	2,8	0,4	1,0	100
30-34	9,1	20,7	66,4	2,5	0,6	0,8	100	9,0	21,6	65,0	3,0	0,7	0,7	100
Idade	1997							2007						
	MULHERES							MULHERES						
	Solteiro	Casado	União marital	Separado/Divorciado	Viúvo	Descon.	Total	Solteiro	Casado	União marital	Separado/Divorciado	Viúvo	Descon.	Total
12-14	94,4	0,8	4,5	0,3	0,1	0,0	100	95,8	0,7	3,1	0,3	0,1	0,1	100
15-19	54,4	6,7	35,6	2,3	0,3	0,7	100	54,6	6,9	34,3	2,9	0,3	1,1	100
20-24	17,4	15,0	59,9	5,5	0,8	1,5	100	18,7	14,1	58,0	6,4	1,0	1,9	100
25-29	9,7	18,2	63,5	6,4	1,6	0,6	100	10,5	17,8	61,7	7,2	2,0	0,8	100
30-34	7,5	19,9	61,7	7,2	3,1	0,6	100	7,0	20,6	59,6	8,2	3,9	0,7	100
Idade	1997							2007						
	TOTAL							TOTAL						
	Solteiro	Casado	União marital	Separado/Divorciado	Viúvo	Descon.	Total	Solteiro	Casado	União marital	Separado/Divorciado	Viúvo	Descon.	Total
12-14	96,9	0,4	2,4	0,2	0,1	0,0	100	97,5	0,4	1,7	0,2	0,1	0,1	100
15-19	70,6	4,1	22,5	1,4	0,2	1,2	100	71,5	4,2	20,8	1,7	0,2	1,6	100
20-24	28,1	12,8	52,3	3,8	0,5	2,5	100	31,4	11,8	49,5	4,4	0,6	2,3	100
25-29	13,4	17,7	62,5	4,5	1,1	0,8	100	15,0	16,9	60,8	5,2	1,3	0,9	100
30-34	8,2	20,3	63,9	5,0	1,9	0,7	100	8,0	21,1	62,1	5,8	2,4	0,7	100

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

¹⁰ No Censo de 1997, adolescentes com 10 e 11 anos não foram incluídos nos cálculos.

Alfabetização

No Censo de 1997, a maioria das mulheres adolescentes e jovens não sabia ler nem escrever, sendo 57,5% na faixa etária dos 10 aos 14 anos e 71,4% na faixa etária dos 30 aos 34 anos. O estado de alfabetização melhorou para as mesmas faixas etárias no Censo de 2007, pois diminuiu para 38,7% de mulheres analfabetas dos 10 aos 14 anos e 64,7% para mulheres dos 30 aos 34 anos. Todavia, mais de 50% das mulheres com idade superior a 20 anos ainda continuavam sem saber ler ou escrever no Censo de 2007 (Tabela 3.13).

Adolescentes e jovens do sexo masculino apresentam uma situação melhor, pois 49,3% deles com 10 a 14 anos e 34,9% com idades entre 30 e 34 anos não sabiam ler ou escrever em 1997. Com a exceção da última faixa etária (dos 30 aos 34 anos), essas percentagens reduziram no Censo 2007 (Tabela 3.13).

Uma análise longitudinal entre os dois censos das coortes dos 10 aos 14 anos, 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24 anos constatou que somente a coorte mais nova (dos 10 aos 14 anos) apresentou grandes melhorias na alfabetização, e apenas para adolescentes e jovens do sexo masculino. Dos 49,3% dos homens com 10 a 14 anos que não sabiam ler ou escrever em 1997, 25,8% continuavam não sabendo ler ou escrever no censo de 2007, contra uma pequena melhoria, de 57,5% para 52,8%, para a mesma coorte do sexo feminino¹¹. Para a coorte dos 20 aos 24 anos, a percentagem dos que não sabiam ler ou escrever do sexo masculino declinou ligeiramente, de 40,6% para 35,5%, em 2007, contra uma pequena mudança, de 65,7% para 64,7%, para sexo feminino (Tabela 3.13).

Tabela 3.13: Estado de alfabetização por faixa etária e sexo, censos de 1997 e 2007, Moçambique

Idade	1997											
	SABE LER E ESCRIVER			SÓ SABE LER			NÃO SABE LER E ESCRIVER			DESCONHECIDA		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
10-14	45,9	38,3	42,2	4,0	3,2	3,6	49,3	57,5	53,2	0,9	1,0	0,9
15-19	57,9	38,1	47,5	1,8	1,2	1,5	38,9	59,2	49,6	1,4	1,5	1,4
20-24	54,9	31,6	41,7	1,4	1,0	1,2	40,6	65,7	54,8	3,1	1,7	2,3
25-29	57,4	27,6	40,6	1,4	1,0	1,2	40,1	70,3	57,1	1,1	1,1	1,1
30-34	63,2	26,7	43,5	1,2	1,0	1,1	34,9	71,4	54,5	0,8	0,9	0,9

Idade	2007											
	SABE LER E ESCRIVER			SÓ SABE LER			NÃO SABE LER E ESCRIVER			DESCONHECIDA		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
10-14	60,5	57,4	59,0	3,3	3,1	3,2	35,5	38,7	37,1	0,7	0,7	0,7
15-19	77,0	58,5	67,4	1,4	1,3	1,4	21,1	39,5	30,6	0,6	0,6	0,6
20-24	71,6	44,6	56,5	1,2	1,2	1,2	25,8	52,8	41,0	1,4	1,4	1,4
25-29	65,3	36,7	49,8	1,3	1,1	1,2	32,6	61,5	48,3	0,8	0,7	0,7
30-34	62,6	33,6	47,1	1,3	1,1	1,2	35,5	64,7	51,1	0,6	0,6	0,6

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

¹¹ Para a coorte dos 15 aos 19 anos em 1997, a percentagem aumentou de 59,2% para 61,5%.

Actividade económica

As actividades económicas mais indicadas por adolescentes e jovens de ambos os sexos na semana de referência nos censos de 1997 e 2007 congregam-se nas três categorias seguintes: 1) trabalhou 2) doméstico(a) e 3) somente estudante (Tabela 3.14).

Em 2007, a maioria dos adolescentes dos 10 aos 14 anos de idade somente estudaram na semana de referência (65,8% do sexo masculino e 63,8% do sexo feminino). Relativamente ao Censo de 1997, registou-se um aumento na percentagem dos adolescentes com idades entre 10 e 14 anos que somente estudaram, que tinha sido de 44,1% para os do sexo masculino e 37,3% para os de sexo feminino. Quase 1 em cada 10 adolescentes dos 10 aos 14 anos de ambos os sexos (10% para os homens e 9,8% para as mulheres) trabalharam na semana de referência em 2007. Esses valores indicam um decréscimo dos registados em 1997, que foram de 15% para os homens e de 16,8% para as mulheres da mesma faixa etária (Tabela 3.14).

As percentagens de adolescentes e jovens que trabalharam na semana de referência aumentam com o aumento na idade. A maioria de jovens (mais de 50%), a partir da faixa etária dos 20 aos 24 anos, trabalhou na semana de referência para ambos os sexos. Na última faixa etária, dos 30 aos 34 anos, 84,4% dos jovens de sexo masculino e 70,3% de jovens do sexo feminino trabalharam na semana de referência, em 2007, (77,5% e 67,6% em 1997 para homens e mulheres, respectivamente). Ao contrário, a percentagem de adolescentes e jovens que somente estudaram diminuiu com o aumento da idade. Na última faixa etária, dos 30 aos 34 anos, apenas 1,5% de jovens do sexo masculino e 1,9% de jovens do sexo feminino somente estudaram no censo de 2007 (0,6% e 0,3%, em 1997, para homens e mulheres, respectivamente) (Tabela 3.14).

Mais jovens do sexo feminino eram domésticas na semana de referência nos dois censos por cada faixa etária. Entre 20% e 26% de adolescentes e jovens do sexo feminino (com a excepção da faixa etária dos 10 aos 14 anos no Censo de 2007) eram domésticas nos dois censos. Para jovens do sexo masculino nas mesmas faixas etárias, as taxas estão abaixo de 10% (Tabela 3.14).

Tabela 3.14: Actividade que fez na semana de referência por faixa etária e sexo, censos 1997 e 2007

Idade	Trabalhou	Não trabalhou, mas tem emprego	Ajudou familiares	Procurava novo emprego	Doméstico (A)	Procurava emprego pela 1ª vez	Somente estudante	Reformado (A) /Reserva	Incapacitado(a)	Outra	Desconhecida
1997											
Homens											
10-14	15,0	0,3	14,5	0,0	13,9	0,2	44,1	-	1,1	7,4	3,5
15-19	35,3	0,7	11,8	0,1	9,7	1,4	27,3	-	1,1	9,4	3,4
20-24	62,5	1,6	4,5	0,3	6,6	2,1	6,2	-	1,3	10,4	4,4
25-29	73,9	2,2	1,9	0,4	5,2	1,5	1,5	0,2	1,3	9,7	2,2
30-34	77,5	2,5	1,2	0,4	4,5	1,1	0,6	0,6	1,3	8,8	1,6
Mulheres											
10-14	16,8	0,2	13,2	0,0	20,2	0,1	37,3	-	1,0	7,7	3,6
15-19	44,3	0,7	8,0	0,0	21,8	0,3	14,2	-	1,0	7,1	2,7
20-24	59,6	1,1	3,0	0,1	24,2	0,3	2,4	-	1,2	6,0	2,3
25-29	64,9	1,2	1,9	0,0	23,0	0,2	0,6	0,0	1,2	5,4	1,5
30-34	67,6	1,2	1,5	0,1	21,6	0,1	0,3	0,1	1,3	5,0	1,3
2007											
Homens											
10-14	10,0	0,2	9,2	0,0	10,0	0,1	65,8	0,1	0,6	2,7	1,4
15-19	26,9	0,4	8,4	0,1	7,4	0,9	50,7	0,1	0,8	3,2	1,1
20-24	60,8	1,0	3,4	0,2	6,2	2,2	18,6	0,1	1,1	4,3	1,9
25-29	78,8	1,5	1,3	0,3	5,1	1,7	4,8	0,1	1,3	3,8	1,3
30-34	84,4	1,6	0,7	0,2	4,6	1,2	1,5	0,2	1,5	3,3	0,9
Mulheres											
10-14	9,8	0,2	8,3	0,0	13,4	0,0	63,8	0,1	0,6	2,3	1,5
15-19	35,7	0,6	6,0	0,0	19,7	0,2	33,4	0,1	0,9	2,3	1,1
20-24	55,5	0,9	2,5	0,0	25,5	0,4	9,9	0,1	1,2	2,3	1,7
25-29	65,0	1,1	1,7	0,0	23,3	0,3	4,0	0,1	1,3	2,1	1,0
30-34	70,3	1,1	1,4	0,0	20,7	0,2	1,9	0,1	1,5	2,0	0,8

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Conhecimento da língua portuguesa

No Censo de 1997, a maioria (mais de 50%) dos adolescentes e jovens em cada faixa etária não sabia falar Português (excepto a faixa etária dos 15 aos 19 anos). A comparação por sexo mostra que as mulheres têm menor percentagem de conhecimento da língua portuguesa em cada faixa etária do que os homens (Tabela 3.15).

A percentagem de indivíduos sem conhecimento da língua portuguesa reduziu no Censo de 2007 para as mesmas faixas etárias. Por exemplo, no Censo de 1997, 54,4% dos adolescentes dos 10 aos 14 anos do sexo feminino não sabiam falar português, mas esse valor reduziu para 37,8% no Censo de 2007. Em 1997, 37,5% de jovens do sexo masculino com 25 a 29 anos

de idade não tinham conhecimento da língua portuguesa, essa percentagem diminuiu para 30,9% em 2007. Todavia, a faixa etária dos 30 aos 34 anos de idade, para os homens, mostra um ligeiro aumento entre os dois censos (de 32,8%, em 1997, para 33,6%, em 2007) (Tabela 3.15).

Tabela 3.15: Conhecimento da língua portuguesa por sexo e faixa etária, censos de 1997 e 2007

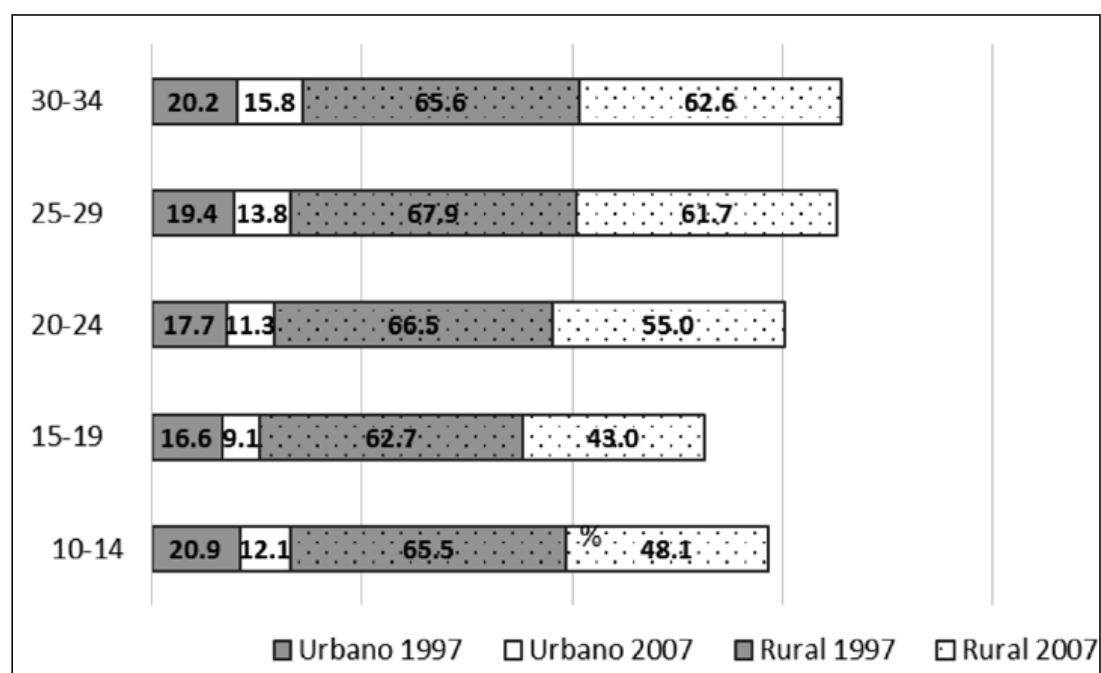
Idade	1997								
	Sabe falar Português			Não sabe falar Português			Desconhecido		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
10-14	48,0	51,4	44,4	50,8	47,4	54,4	1,2	1,2	1,2
15-19	51,7	61,7	42,5	46,7	36,7	55,9	1,6	1,6	1,6
20-24	46,5	59,5	36,5	51,1	37,3	61,7	2,4	3,2	1,8
25-29	45,3	61,2	32,9	53,5	37,5	65,9	1,2	1,3	1,2
30-34	48,0	66,3	32,2	51,1	32,8	66,7	1,0	0,9	1,0

Idade	2007								
	Sabe falar Português			Não sabe falar Português			Desconhecido		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
10-14	62,7	63,9	61,5	36,6	35,4	37,8	0,7	0,7	0,7
15-19	68,9	77,4	60,9	30,5	22,0	38,4	0,7	0,6	0,7
20-24	60,3	73,8	49,7	38,3	24,8	49,0	1,4	1,5	1,4
25-29	54,1	68,3	42,2	45,2	30,9	57,2	0,8	0,9	0,7
30-34	51,6	65,8	39,2	47,8	33,6	60,2	0,6	0,6	0,6

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

A maior parte de adolescentes e jovens que não sabem falar a língua portuguesa são residentes nas áreas rurais. No Censo de 1997, mais de 60% de adolescentes e jovens em cada faixa etária em áreas rurais não sabiam falar Português. A falta de conhecimento da língua portuguesa diminuiu no Censo de 2007, mas ainda está acima de 60% nas últimas faixas etárias (25 a 29 anos e 30 a 34 anos) nas áreas rurais (Figura 3.7).

Figura 3.7: Percentagem de adolescentes e jovens que não sabem falar a língua portuguesa por faixa etária e residência, censos 1997 e 2007, Moçambique



Fonte: Censos de 1997 e 2007

A análise das coortes de adolescentes e jovens que não sabiam falar a língua portuguesa em 1997, mostra um melhoramento no conhecimento da língua portuguesa, particularmente para a coorte dos 10 aos 14 anos. Para a coorte dos 10 aos 14 anos nas áreas urbanas, dos 20,3% que não sabiam falar Português no Censo de 1997, 11,3% continuavam sem saber falar a língua portuguesa em 2007. Nas áreas rurais, a percentagem diminuiu de 65,5% para 55%, dez anos depois, para a coorte dos 10 aos 14 anos. As outras coortes tiveram ganhos ligeiros, por exemplo, a coorte dos 20 aos 24 anos nas áreas rurais declinou de 66,5%, no Censo de 1997, para 62,6%, no Censo 2007 (Figura 3.7).

Conclusão

Este capítulo apresentou o perfil demográfico e socioeconómico dos adolescentes e jovens em Moçambique. A análise usou como fonte primária dados dos censos de 1997 e 2007. As variáveis analisadas incluem a distribuição populacional, a migração interna, as taxas e causas de mortalidade, a prevalência de HIV, o estado civil, a alfabetização e o conhecimento da língua portuguesa. Para a análise da migração interna, foram analisados dados de uma amostra

de 10% de cada um dos censos de 1997 e 2007 e para a prevalência de HIV analisaram-se os dados de INSIDA (2009).

Os resultados mostram que adolescentes e jovens dos 10 aos 34 anos constituem quase metade (46,1%) da população moçambicana, sendo 22% do sexo masculino e 24,1% do sexo feminino. A província de Maputo Cidade apresenta a maior percentagem provincial de adolescentes e jovens (52,9%) nos dois censos e tem a maior densidade de adolescentes e jovens do país (1.658 adolescentes e jovens por cada km²). Essa densidade tem implicações na provisão dos serviços básicos, como saúde, educação e habitação.

O Censo de 1997 mostra que a Cidade de Maputo recebeu mais imigrantes das outras províncias do país, totalizando 34,7% da migração interna entre províncias. A alta taxa de migração interna em 1997 pode ser resultado das deslocações populacionais por causa da guerra civil. Baden (1997) estima que três quartos da população rural de Moçambique foram deslocados por causa de guerra civil de 1976 a 1992. Em 2007, na cidade de Maputo, a taxa de migração interna diminuiu para 13,4%.

A análise mostrou que as províncias de Inhambane e Gaza têm uma proporção relativamente maior de jovens do sexo feminino, sendo 59% em Inhambane e 57% em Gaza, no Censo de 2007. A cultura de trabalho migratório nas províncias de Inhambane e Gaza, principalmente para a vizinha África de Sul, pode contribuir para essa desigualdade por sexo.

Quanto ao HIV, a prevalência em 2009 era de 3,1% entre adolescentes (dos 10 aos 19 anos) e 11% entre jovens (dos 15 aos 34 anos). A prevalência por província mostra que, em 7 das 11 províncias de Moçambique, pelo menos 1 em cada 10 jovens é seropositivo. Três dessas províncias são da região Sul, nomeadamente Gaza (20,5%), Maputo Província (18,0%) e Maputo Cidade (15,2%); três são da região Centro, nomeadamente Sofala (15,8%), Zambézia (12,5%) e Manica (12,2%), e uma da região Norte (Cabo Delgado (10,9%)). A província de Gaza tem a maior prevalência de HIV entre jovens, em particular na sua população feminina (27,6%), contra uma prevalência de 9,5% nos homens.

As elevadas taxas da prevalência de HIV são reflectidas na contribuição significativa do HIV e SIDA para as causas de mortalidade em Moçambique. Embora o Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade de 2007/8 não apresente resultados discriminados para as faixas etárias de adolescentes e jovens,

pode-se concluir que mortes atribuídas ao SIDA e à malária são as mais altas entre os adolescentes e jovens. A tendência crescente das taxas de mortalidade entre jovens moçambicanos também reflecte a influência das elevadas taxas da prevalência de HIV. As taxas específicas de mortalidade no Censo de 2007 são mais elevadas do que em 1997, a partir da faixa etária dos 20 aos 24 anos até às idades dos 60 a 64 anos.

Segundo o UNICEF¹², Moçambique é um dos países com índices elevados de casamentos prematuros, particularmente entre as mulheres. A análise deste capítulo confirma isso, mostrando que mais de 40% das mulheres dos 15 aos 19 anos de idade encontravam-se casadas nos dois censos (42,3%, em 1997, e 41,2%, em 2007), em comparação com 9,2% e 7,7% entre homens da mesma faixa etária em 1997 e 2007, respectivamente. No Censo de 1997, a maioria das mulheres adolescentes e jovens não sabiam ler nem escrever, sendo 57,5% entre a faixa etária dos 10 aos 14 anos e 71,4% entre a faixa etária dos 30 aos 34 anos (em comparação com 49,3% entre homens dos 10 aos 14 anos e 34,9% dos homens com 30 a 34 anos). Mais de metade das mulheres com uma idade superior a 20 anos, ainda continuavam sem saber ler ou escrever no Censo de 2007. Além disso, mais adolescentes e jovens do sexo feminino não têm conhecimento da língua portuguesa, comparativamente a homens da mesma faixa etária (excepto na faixa etária dos 10 aos 14 anos, em 2007).

O perfil dos adolescentes e jovens neste capítulo apresenta dados que permitirão o desenho de políticas e programas de apoio aos adolescentes e jovens em Moçambique, com base em informação específica por faixas etárias e regiões no país.

Referências bibliográficas

Baden, S. 1997. Post-conflict Mozambique: women's special situation, population issues and gender perspectives: to be integrated into skills training and employment promotion. Brighton: BRIDGE. <http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/re44c.pdf> Acesso 13.05.2008

Gaspar, Manuel da Costa, Humberto A. Cossa, Clara Ribeiro dos Santos, Rosa Marlene Manjate et al. 1998. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde, 1997. Calverton, Maryland: Instituto Nacional de Estatística e Macro International Inc.

¹² http://www.unicef.org/mozambique/protection_2976.html

- Instituto Nacional de Estatística. 2009a. Mortalidade em Moçambique: Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade, 2007/8 - Relatório Preliminar. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. 2009b. Moçambique: Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008: Sumário. Maputo: Instituto Nacional de Estatística. http://www.ine.gov.mz/inqueritos_dir/mics/mics2008.pdf Acesso 25.01.2010
- Instituto Nacional de Estatística. 2010. Projecções Anuais da População Total, Rural e Urbana, 2007 - 2040. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística e Ministério de Saúde. 2005. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística e Ministério de Saúde.
- Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Calverton, Maryland: Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF Macro.
- Ministério da Juventude e Desportos. 2012. Política da Juventude (Revista) Versão 1. Maputo: Ministério da Juventude e Desportos. http://www.mjd.gov.mz/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=1%3Apoliticas&Itemid=110&lang=pt. Acesso 07.10.2013.
- Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF International. 2013. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland: Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF International.
- United Nations Population Fund. 2007. UNFPA Framework for Action on Adolescents & Youth. Opening Doors with Young People: 4 Keys. New York: UNFPA http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/framework_youth.pdf. Acesso 04.10.2013.

Tabela A3.1: População total, segundo os censos de 1997 e 2007, projecções para os anos de 2014 e 2040, Moçambique

Idade	Censo 1997			Censo 2007			População projectada 2014			População projectada 2040		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
0-4	1.353.206	1.388.350	2.741.556	1.917.794	1.963.660	3.881.454	2.161.487	2.164.158	4.325.645	2.950.979	2.929.487	5.880.466
5-9	1.112.321	1.113.675	2.225.996	1.587.302	1.615.244	3.202.546	1.847.870	1.876.111	3.723.981	2.744.905	2.731.868	5.476.773
10-14	947.236	878.429	1.825.665	1.222.668	1.183.939	2.406.607	1.612.325	1.613.083	3.225.408	2.577.148	2.572.479	5.149.627
15-19	774.327	854.078	1.628.405	925.729	991.323	1.917.052	1.333.286	1.363.427	2.696.713	2.433.052	2.436.819	4.869.871
20-24	637.113	827.614	1.464.727	774.413	986.526	1.760.939	1.038.698	1.183.557	2.222.255	2.249.701	2.262.624	4.512.325
25-29	509.109	654.465	1.163.574	707.603	841.416	1.549.019	830.329	1.045.047	1.875.376	2.031.709	2.046.534	4.078.243
30-34	410.148	477.562	887.710	583.689	667.865	1.251.554	702.043	839.314	1.541.357	1.732.042	1.767.134	3.499.176
35-39	373.813	428.395	802.208	481.396	556.191	1.037.587	588.607	664.300	1.252.907	1.454.407	1.516.041	2.970.448
40-44	270.046	303.147	573.193	366.518	389.087	755.605	490.084	561.497	1.051.581	1.139.768	1.256.389	2.396.157
45-49	257.070	282.098	539.168	321.236	328.660	649.896	396.621	422.132	818.753	864.067	1.061.098	1.925.165
50-54	178.902	212.060	390.962	231.232	283.288	514.520	314.623	319.777	634.400	656.155	868.428	1.524.583
55-59	162.122	174.234	336.356	194.011	208.657	402.668	239.045	276.269	515.314	520.370	671.480	1.191.850
60-64	114.335	125.096	239.431	140.146	159.557	299.703	179.458	213.030	392.488	405.917	502.446	908.363
65-69	100.425	109.288	209.713	113.840	127.794	241.634	135.995	159.276	295.271	305.827	392.849	698.676
70-74	47.407	50.607	98.014	72.288	81.329	153.617	95.295	112.998	208.293	213.425	276.089	489.514
75-79	41.529	42.858	84.387	55.448	61.012	116.460	61.341	73.603	134.944	134.468	169.548	304.016
80+	31.839	35.430	67.269	51.377	59.985	111.362	55.675	71.561	127.236	117.308	188.497	305.805
10-19	1.721.563	1.732.507	3.454.070	2.148.397	2.175.262	4.323.659	2.945.611	2.976.510	5.922.121	5.010.200	5.009.298	10.019.498
15-34	2.330.697	2.813.719	5.144.416	2.991.434	3.487.130	6.478.564	3.904.356	4.431.345	8.335.701	8.446.504	8.513.111	16.959.615
10-34	3.277.933	3.692.148	6.970.081	4.214.102	4.671.069	8.885.171	5.516.681	6.044.428	11.561.109	11.023.652	11.085.590	22.109.242
TOTAL	7.320.948	7.957.386	15.278.334	9.746.690	10.505.533	20.252.223	12.082.782	12.959.140	25.041.922	22.531.248	23.649.810	46.181.058

Fonte: Censos de 1997 e 2007, Instituto Nacional de Estatística (2010).

Tabela A3.2: Taxas específicas de mortalidade/1000 pessoas por sexo e idade, censos de 1997 e 2007

Idade	1997			2007		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
0-4	89,2	74,1	82,0	44,4	38,3	41,3
5-9	15,3	13,2	14,3	6,1	5,4	5,8
10-14	8,6	7,7	8,2	4,1	4,0	4,0
15 - 19	7,6	7,3	7,5	5,0	5,9	5,4
20 - 24	7,7	6,9	7,3	7,7	8,6	8,2
25 - 29	9,1	7,5	8,2	11,1	11,1	11,1
30 - 34	11,2	8,5	9,8	15,1	13,0	14,0
35 - 39	11,8	8,8	10,2	16,7	12,4	14,4
40 - 44	15,2	10,5	12,7	20,6	14,0	17,2
45 - 49	16,3	10,7	13,4	19,5	13,3	16,4
50 - 54	23,6	14,9	18,9	26,9	16,4	21,1
55 - 59	19,1	12,7	15,8	22,4	13,5	17,8
60 - 64	38,3	27,8	32,8	36,1	23,6	29,4
65 - 69	29,5	21,8	25,5	30,4	20,3	25,0
70 - 74	61,1	41,7	51,2	54,6	36,0	44,7
75 - 79	46,2	35,5	40,9	45,9	29,9	37,5
80 e +	110,3	87,4	98,9	80,2	66,3	72,8

Fonte: Censos de 1997 e 2007.

Capítulo 4

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA ENTRE AS ADOLESCENTES E JOVENS MIGRANTES E NÃO-MIGRANTES EM MOÇAMBIQUE

Ramos Muanamoha

Introdução

Nos últimos tempos, a relação entre a mobilidade espacial da população e a saúde tem merecido destaque num número considerável de estudos sobre migração (p. e., Gune *et al.*, 2011; Minnis, 2010; Hjern, 2009; Pussetti *et al.*, 2009; Halliday & Kimmitt, 2008; Dias & Gonçalves, 2007; Mckay *et al.*, 2003). Essa relação tem sido abordada do ponto de vista do papel que a migração desempenha no desenvolvimento, propagação e expansão de certas doenças, desde as mentais até às infecto-contagiosas, como é o caso do HIV e SIDA. Por exemplo, a alta mobilidade espacial da população em Moçambique, de modo particular nos chamados corredores de desenvolvimento (corredores

de Maputo, Beira e Nacala), é vista como tendo alguma relação com o risco e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Por outro lado, advoga-se que os locais onde a população migrante frequentemente vive e trabalha ou por onde transita são caracterizados por alta vulnerabilidade e risco em relação à infecção pelo HIV e SIDA. Nesses locais, não só as populações migrantes encontram-se em risco (as mulheres migrantes em particular), mas também as mulheres das comunidades que acolhem migrantes são propensas a envolverem-se em relações sexuais de risco em busca de rendimento (Gune *et al.*, 2011).

Ademais, por se tratar de um fenómeno selectivo, a migração considera-se um factor importante que pode influenciar níveis de mortalidade ou morbidade, quer na população migrante, quer na população acolhedora, por envolver um grupo selectivo de migrantes, que podem ser saudáveis ou não (Mckay *et al.*, 2003). Em Moçambique, os migrantes têm sido predominantemente do sexo masculino, jovens e solteiros (Raimundo & Muanamoha, 2013), constituindo, por isso, um dos grupos propensos à contracção e propagação de doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV e SIDA. Daí que a migração seja tida como uma das principais vias pelas quais o HIV e SIDA se tem propagado rapidamente pelo território nacional (MISAU *et al.*, 2000).

Na região sul de Moçambique, onde se observa uma maior predominância de mulheres nos fluxos migratórios, muito mais jovens, menos escolarizadas e desprovidas de experiência ocupacional, quando comparadas com os seus colegas do sexo masculino (Raimundo & Muanamoha, 2013), a sua integração social nos locais de destino é limitada pela sua situação inicial de falta de estudos e experiência profissional. Isto, supostamente, leva-as a uma maior vulnerabilidade ao abuso sexual e à violência, o que também as coloca sob o risco de contracção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV e SIDA, e de uma série de transtornos mentais e/ou perturbações emocionais associadas à violência sexual. Além disso, outros estudiosos argumentam que os elevados níveis de desemprego a que os migrantes têm estado expostos nos locais de destino, especialmente nas áreas urbanas, conduzem-nos, igualmente, a uma situação de permanente *stress* e, conseqüentemente, a uma maior vulnerabilidade em relação a problemas de saúde, em geral, e de saúde mental, em particular (Pussetti *et al.*, 2009).

Outra questão preocupante na mobilidade espacial em Moçambique e na sua relação com a saúde é o facto de ela envolver cada vez mais uma população adolescente e jovem, proveniente principalmente das áreas rurais em direcção às cidades, para trabalhar ou estudar (Raimundo & Muanamoha, 2013). Admite-se que estes adolescentes e jovens, ao empreenderem o movimento em direcção às cidades, enfrentam vulnerabilidades na adaptação às comunidades de acolhimento, com risco acrescido de práticas não saudáveis e de difícil acesso aos serviços sociais e de saúde (Matsimbe, 2004). Esta mobilidade espacial de jovens e adolescentes tem implicações sérias na sua saúde, a julgar pelos relatos frequentes sobre tráfico, exploração e prostituição de menores (Gune *et al.*, 2011). Por outro lado, observa-se que os adolescentes e jovens em situação de migrantes, em particular aqueles envolvidos em práticas sexuais ou que se encontram em idade reprodutiva, estão também desprovidos de serviços especializados de saúde sexual e reprodutiva e desconhecem os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Este texto tem por objectivo avaliar conhecimentos, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva entre as adolescentes¹ e jovens² (migrantes³ e também não-migrantes⁴) em Moçambique e sugerir acções que possam colmatar lacunas ainda existentes, tanto ao nível do conhecimento, quanto no âmbito das atitudes e práticas.

O texto é estruturado em seis secções. A seguir a esta introdução, apresenta-se, na secção 1, o contexto teórico do tópico em estudo e a revisão da literatura. Na secção 2, faz-se uma descrição do procedimento metodológico que orientou a elaboração do capítulo. A secção 3 é sobre o perfil das migrantes adolescentes e jovens no IDS de 2003. Na secção 4, faz-se a avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva entre as migrantes adolescentes e jovens. Finalmente, a secção 5 apresenta as considerações finais da análise feita.

¹ “Adolescentes” constituem um grupo de cidadãos com idades entre 12 e 17 anos, que vivem uma fase de desenvolvimento extraordinária, sendo que o que vivem nessa fase determinará a sua vida adulta (UNICEF, 2011).

² Segundo a Organização das Nações Unidas, são “Jovens” todos os indivíduos, numa população, com idades entre 15 e 24 anos, que podem ser repartidos em dois subgrupos: de 15 a 19 anos de idade, “jovens adolescentes”, e de 20 a 24 anos de idade, “jovens adultos” (UNFPA, 2010).

³ “Migrantes” são todos os indivíduos que residem fora do seu lugar de nascimento.

⁴ “Não-migrantes” são todos os indivíduos que residem no lugar de nascimento.

Enquadramento teórico e revisão da literatura

A migração representa um desafio para a saúde pública, pese embora a incipiência da investigação nesta temática. Carballo *et al.* (1998) apontam para uma maior vulnerabilidade dos migrantes a doenças ou a outros problemas de saúde. Dentre as doenças mais frequentes, de acordo com Carballo *et al.* (1998), destacam-se as infecciosas, como a tuberculose, o HIV e SIDA e a hepatite. Autores como Gardete e Antunes (1997) referem que as populações que migram estão em maior risco de contrair estas doenças do que as populações não-migrantes.

Outros autores, como Pumariega *et al.* (2005) e Keyes (2000), têm destacado o impacto negativo do fenómeno migratório na saúde mental dos imigrantes. Para estes autores, os imigrantes, comparados com os não-migrantes, apresentam-se com maior propensão para sofrer de doenças mentais, tais como depressão, esquizofrenia e *stress* pós-traumático, resultantes de diversos factores de *stress* ao longo do processo migratório.

Dias *et al.* (2009) apontam para uma associação positiva entre migração e vulnerabilidade em saúde, relacionada com um reduzido acesso a serviços de saúde por parte dos migrantes. Nos locais de acolhimento, de acordo com Dias *et al.* (2009:37-39)

muitas das vezes, as populações imigrantes não beneficiam de todos os serviços disponíveis e não são sistematicamente abrangidas pelos sistemas de informação, prevenção ou tratamento. [Os autores observam ainda que] os costumes, as tradições, a religião, as crenças e representações sobre saúde e doença influenciam as práticas de saúde, os comportamentos de risco e a percepção dos imigrantes sobre a necessidade da utilização dos serviços de saúde. [Finalmente, as] práticas utilizadas nos locais de origem, como o recurso à medicina tradicional em detrimento da medicina convencional, podem perpetuar-se nos locais de acolhimento, traduzindo-se numa menor procura dos serviços de saúde [para além do] desconhecimento das próprias populações imigrantes sobre os direitos estatuídos nos locais de acolhimento, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde.

Outras implicações da migração na área de saúde incidem sobre a saúde sexual e reprodutiva. Nos últimos tempos, regista-se no mundo um aumento significativo da participação feminina no fenómeno migratório, o que impõe mais desafios ao sector de Saúde Pública (Raimundo & Muanamoha, 2013; Wang *et al.*, 2013; UNFPA, 2011; Minnis, 2010; Muanamoha, 2010). Isto decorre do facto de as mulheres migrantes estarem sujeitas a maiores riscos e vulnerabilidades do que a população dos locais de acolhimento e apresentarem

piores indicadores de saúde sexual e reprodutiva. Bonan (2011:361) destaca algumas das condições que tornam as mulheres migrantes mais susceptíveis a adoecer: “falta de oportunidades, pobreza, limitado acesso aos serviços públicos, discriminação e exposição à violência, incompreensão de suas necessidades específicas, desconhecimento de seu sistema de crenças e valores e inequidades de género”.

A participação cada vez mais crescente da população feminina na migração tem acentuado, em particular, a preocupação relacionada com questões de saúde sexual e reprodutiva nesta população. De acordo com Dias *et al.* (2009:8), “a definição de saúde sexual e reprodutiva pressupõe a possibilidade de as pessoas terem uma vida sexual segura e com prazer, com capacidade de reprodução e liberdade de decisão”. Segundo os autores, trata-se de uma definição que inclui questões dos direitos humanos, ou seja, o reconhecimento de que todos os casais e indivíduos têm direito à decisão livre e responsável sobre a sua reprodução (número de filhos, local e momento), sem discriminação, coerção ou violência, bem como o direito à informação e meios para tal (direito das mulheres e dos homens à informação e ao acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres ter uma gestação e um parto seguros).

Cisneros *et al.* (2005) reconhecem que, ao não contar com um apoio da sua comunidade, nem dos seus familiares, conforme os seus costumes tradicionais, as mulheres migrantes não têm a mesma atenção nem as mesmas práticas, durante a gestação, o parto e o puerpério. Estas práticas encontram-se cortadas pela ausência de laços de solidariedade e cuidado mútuo que as caracterizam nos locais de origem, pelo que as mulheres migrantes em gestação se encontram numa situação de desvantagem e em maior risco, já que, no geral, têm poucas oportunidades de obter um controlo pré-natal adequado.

Por outro lado, Kwankye (2007) sublinha que toda a migração, em particular a de mulheres, implica ruptura com a origem e mudança de residência. Sem o apoio familiar e habilidades educacionais e profissionais necessárias num meio urbano, muitas das mulheres migrantes rapidamente se tornam dependentes de outras estratégias de sobrevivência (como a prostituição), que aumentam o seu risco de contrair o HIV e SIDA. Ainda, no que respeita à saúde sexual da população migrante, o autor observa que, embora os factores socioeconómicos e culturais sejam os determinantes centrais dos padrões do sexo pré-marital, marital e extra-marital, o comportamento sexual é também influenciado

por forças do contexto estrutural, tais como os contextos de moralidade diferentes. Como exemplo, tem-se o contexto da migração como um evento de ruptura que, geralmente, envolve separação familiar, enfraquecimento das redes sociais e isolamento social, o que, conseqüentemente, leva ao anonimato e ao controlo social menos rígido e, por fim, a mudanças significativas nos comportamentos sexuais.

No âmbito do impacto da migração na saúde sexual e reprodutiva, no geral, a literatura tem dado maior enfoque aos aspectos como (i) exercício da maternidade migrante, (ii) planeamento familiar, (iii) doenças de transmissão sexual e (iv) acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres migrantes.

Quanto ao exercício da maternidade, autores como Dias *et al.* (2009) observam que, nos locais de acolhimento, as mulheres migrantes são, muitas vezes, confrontadas com dificuldades na gravidez e no parto, pois (em particular as recém-chegadas) têm, geralmente, poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis e, em especial, sobre os serviços de saúde materna. Em alguns casos, conforme Lu *et al.* (2012), isto deve-se ao baixo nível educacional das migrantes, que lhes dificulta o acesso à informação sobre saúde materna e, por essa via, à utilização adequada dos serviços de saúde materna.

No que diz respeito ao planeamento familiar, destaca-se o facto de ele constituir uma das componentes fundamentais da prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva, tendo como objectivos (a) a promoção de uma vivência da sexualidade saudável e segura, (b) a regulação da fecundidade segundo o desejo do casal, (c) a preparação de uma maternidade e paternidade responsáveis, (d) a redução da mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil, (e) a redução da incidência de infecções sexualmente transmissíveis e suas conseqüências, e (f) o melhoramento da saúde e bem-estar dos indivíduos e da família (Dias *et al.*, 2009). Do ponto de vista do impacto da migração no planeamento familiar, argumenta-se que, em muitos casos, os imigrantes (em particular as mulheres) têm um limitado conhecimento sobre os serviços de planeamento familiar disponíveis nos locais de acolhimento e, quando comparados com os cidadãos locais, tendem a ter menor acesso a estes serviços (UNFPA, 2011; Dias *et al.*, 2009).

Em relação à associação entre migração e incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DTS), a literatura indica que os imigrantes são particularmente vulneráveis às infecções de transmissão sexual, apresentando taxas de incidência maiores do que as dos não-migrantes locais (He *et al.*, 2012). Nisto, as mulheres migrantes tendem a ser mais vulneráveis do que os homens, não só devido a factores biológicos, mas também por conta de factores sociais, já que o desenraizamento e ruptura de relações, o afastamento do meio social e familiar, bem como o conflito de culturas no contacto com a sociedade de acolhimento podem influenciar determinados comportamentos de risco na área da sexualidade (Dias *et al.*, 2009).

Quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva pela população migrante, a literatura tem enfatizado o facto de os migrantes não estarem sistematicamente abrangidos pelos sistemas existentes de informação, prevenção ou tratamento e tenderem a recorrer aos serviços de saúde em situações de urgência ou de estado avançado de doença. De modo particular, as mulheres imigrantes encontram, muitas vezes, obstáculos (de ordem estrutural, administrativa, socioeconómica e cultural) no acesso aos serviços e cuidados de saúde (Lu *et al.*, 2012; UNFPA, 2011; Dias *et al.*, 2009).

Portanto, a elaboração do presente texto parte do pressuposto teórico de que as migrantes adolescentes e jovens em Moçambique são pessoas desprovidas de informação necessária para o exercício de boas práticas de saúde sexual e reprodutiva, em consequência da sua situação migratória, o que faz com que, provavelmente, se envolvam em comportamentos sexuais de risco, por um lado, e, por outro, não exerçam os seus direitos reprodutivos.

Procedimento metodológico

O texto resulta da revisão da literatura e da análise da base de dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2003. A análise cingiu-se apenas aos dados do IDS de 2003, por ter sido a única fonte que permitiu a obtenção de indicadores relacionados com migração e saúde de adolescentes e jovens. O IDS de 2011 não permite fazer este tipo de análise. Neste texto, considerou-se como população de adolescentes e jovens a população feminina de 15 a 24 anos, pelo facto de os dados do IDS serem obtidos a partir da população feminina em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos).

Do ponto de vista conceptual, a análise centra-se em dois grupos de adolescentes e jovens: migrantes e não-migrantes. Foram consideradas como “migrantes” todas as adolescentes e jovens cujo lugar de residência era diferente do de nascimento, e como “não-migrantes” todas aquelas que residiam no lugar de nascimento. De um total de 5.030 entrevistadas de 15 a 24 anos de idade (no IDS de 2003), 1.990 (40%) estavam a residir fora do lugar de nascimento (migrantes), e 3.040 (60%) residiam no lugar de nascimento (não-migrantes).

Neste texto, faz-se, em primeiro lugar, uma descrição das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes identificadas no IDS de 2003, em termos da sua área de residência, posição no agregado familiar e estado civil, de forma a contextualizar o tipo de adolescentes e jovens de que se trata. Em seguida, com recurso à análise bivariada, faz-se uma avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes, em função da sua idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação e área de residência.

Área de residência, posição no agregado familiar e estado civil das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes no IDS de 2003

A Tabela 4.1 mostra a distribuição de adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes por área de residência actual e prévia.

Tabela 4.1: Adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes por área de residência actual e prévia

Área de residência		Adolescentes e Jovens	
		Migrantes	Não-migrantes
		%	%
Residência actual	Urbana	56,5	46,0
	Rural	43,5	54,0
	Total	100,0	100,0
	<i>Nº de adolescentes e jovens</i>	1990	3040
Residência prévia	Urbana	55,8	---
	Rural	44,2	---
	Total	100,0	---
	<i>Nº de adolescentes e jovens</i>	1965	---

Fonte: IDS 2003.

De acordo com a Tabela 4.1, mais de metade das adolescentes e jovens migrantes no IDS de 2003 estava a residir na área urbana e tinha empreendido uma migração urbana-urbana. Entretanto, a maioria (54%) das adolescentes e jovens não-migrantes era da área rural.

Quanto à sua posição no agregado familiar, os dados da Tabela 4.2 indicam que as migrantes são em primeira instância esposas e, em segundo lugar, filhas, o que revela, em parte, a precocidade de casamentos neste grupo de adolescentes e jovens, que prematuramente levam uma vida adulta e independente. Entre as não-migrantes, domina a posição de filhas, indicando que se trata de adolescentes e jovens ainda dependentes de seus progenitores.

Tabela 4.2: Posição no agregado familiar das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Posição no Agregado Familiar	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Chefe do agregado familiar	3,8	4,5
Esposa	32,2	28,6
Filha	20,7	42,0
Nora	16,9	8,8
Irmã	3,6	2,5
Outra	18,5	12,8
Não parente	4,3	0,8
Total	100,0	100,0
<i>Nº de Adolescentes e jovens</i>	<i>1990</i>	<i>3040</i>

Fonte: IDS 2003.

A Tabela 4.3 confirma a predominância de casadas entre as adolescentes e jovens migrantes, o que sugere que se trata de adolescentes e jovens que migram na companhia de seus parceiros ou para o reencontro com eles. Entretanto, as não-migrantes repartem-se entre solteiras e casadas, com uma ligeira vantagem para as casadas.

Tabela 4.3: Estado civil das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Estado civil	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Solteira	34,0	42,9
Casada/Unida de facto	58,8	47,0
Divorciada/Separada	7,1	10,0
Viúva	0,1	0,1
Total	100,0	100,0
<i>Nº de Adolescentes e jovens</i>	<i>1990</i>	<i>3040</i>

Fonte: IDS 2003.

Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva entre as migrantes adolescentes e jovens

Nesta secção, procura-se avaliar conhecimento, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes abrangidas pelo IDS de 2003, em função da sua idade, estado civil, área de residência, nível de escolaridade e ocupação.

Saúde sexual

Informação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DTS) entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

A informação sobre a existência de doenças sexualmente transmissíveis está amplamente difundida em mais de 95% das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes abrangidas pelo IDS de 2003 (Tabela 4.4). Tanto nas migrantes como nas não-migrantes, o nível de conhecimento é independente da idade, estado civil, área de residência, nível de escolaridade ou ocupação. Todavia, uma comparação minuciosa entre migrantes e não-migrantes, em quase todas as variáveis aqui mencionadas, indica uma ligeiríssima vantagem das migrantes sobre as não-migrantes no nível de conhecimento sobre a existência das DTS, muito em particular nas rurais, nas não escolarizadas e nas ocupadas na agricultura.

Tabela 4.4: Ouvir falar das DTS entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Ouvir falar das DTS	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Sim	98,9	96,7
Não	1,1	3,3
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	1989	3036

Fonte: IDS 2003.

Informação sobre SIDA entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

À semelhança do conhecimento que se tem sobre a existência das DTS, observa-se também um elevadíssimo nível de conhecimento (superior a 95%) sobre a existência de SIDA entre as adolescentes e jovens, tanto migrantes como não-migrantes (Tabela 4.5). Também neste caso, as variáveis como idade, estado civil, área de residência, nível de escolaridade ou ocupação não parecem ter influência assinalável no nível de conhecimento sobre a existência de SIDA. Um aspecto de realce, que já foi referido anteriormente, tem a ver com a ligeira vantagem das migrantes sobre as não-migrantes no nível de conhecimento, principalmente sobre adolescentes e jovens rurais, não escolarizadas e ocupadas na agricultura.

Tabela 4.5: Ouvir falar de SIDA entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Ouvir falar de SIDA	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Sim	98,8	96,0
Não	1,2	4,0
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	1989	3036

Fonte: IDS 2003.

Conhecimento das formas de evitar SIDA

As formas de evitar SIDA são conhecidas na maioria das adolescentes e jovens migrantes (77,3%) e não-migrantes (68,9%) entrevistadas no IDS de 2003. Entretanto, apesar de a maioria conhecer as formas de evitar SIDA, existe uma proporção muito significativa de adolescentes e jovens, tanto migrantes como não-migrantes, que as não conhecem, sendo esta proporção mais elevada entre as não-migrantes (Tabela 4.6). Quando se associa o nível de conhecimento com as variáveis como idade, estado civil, área de residência, nível de escolaridade e ocupação, nota-se que o desconhecimento é acentuado nas não-migrantes de 20 a 24 anos de idade, casadas e, principalmente, rurais, não escolarizadas e ocupadas na agricultura (resultados não apresentados).

Tabela 4.6: Conhecimento das formas de evitar SIDA entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Conhecimento das formas de evitar SIDA	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Sim	77,3	68,9
Não	22,7	31,1
Total	100,0	100,0
Nº de Adolescentes e jovens	1965	2915

Fonte: IDS 2003.

As formas de evitar SIDA

O uso do preservativo durante a relação sexual é a forma de prevenção contra SIDA mais conhecida entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes que, no IDS de 2003, afirmaram que conheciam as formas de evitar SIDA. A segunda forma de prevenção mais conhecida é o relacionamento com um único parceiro sexual. Outras formas de prevenção (como, por exemplo, abstinência sexual, uso de seringas esterilizadas ou não prostituição) não são consideradas como tais pela maioria das adolescentes e jovens que disseram que conheciam formas de prevenção (Tabela 4.7).

Tabela 4.7: Formas de evitar SIDA, segundo as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Formas de evitar SIDA	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Abstinência sexual	13,4	13,4
Uso do preservativo na relação sexual	88,7	85,2
Um parceiro sexual apenas	52,9	55,8
Evitar prostitutas sexuais	0,3	0,2
Evitar homossexuais	0,4	0,1
Evitar transfusão de sangue	2,4	2,4
Evitar beijo	0,4	0,5
Uso de seringas esterilizadas	14,4	19,4
Não viver c/ pessoa infectada	0,9	0,8
Nº de Adolescentes e jovens	1519	2008

Fonte: IDS 2003

Número de parceiros sexuais, além do esposo, tidos no último ano pelas adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Na sua maioria, as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes abrangidas pelo IDS de 2003 não tiveram, no último ano, nenhum parceiro sexual extra, além do esposo. Contudo, houve algumas, em proporção relativamente significativa (acima de 25%), que admitiram ter tido, além do esposo, um ou mais parceiros sexuais no último ano. A proporção entre as não-migrantes (em torno de 30%) é ligeiramente superior à observada nas migrantes (Tabela 4.8). Portanto, independentemente da sua situação migratória, uma parte considerável das adolescentes e jovens teve, no último ano, um ou mais parceiros sexuais, além do esposo.

Tabela 4.8: Número de parceiros sexuais, além do esposo, tidos no último ano pelas adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Número de parceiros sexuais, além do esposo, tidos no último ano	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Nenhum	72,5	69,0
Um	22,8	26,9
Dois	4,2	3,6
Três ou mais	0,5	0,5
Total	100,0	100,0
Nº de Adolescentes e jovens	1990	3040

Fonte: IDS 2003.

Uma análise da multiplicidade do número de parceiros sexuais em função das variáveis idade, estado civil, área de residência, nível de escolaridade e tipo de ocupação indica que a multiplicidade ocorre com maior incidência em adolescentes e jovens de 15 a 19 anos de idade, divorciadas/separadas e solteiras, residentes na área urbana, mais escolarizadas e ocupadas como domésticas, técnico-administrativas e prestadoras de serviços, sendo a incidência entre as não-migrantes ligeiramente superior à observada nas migrantes.

Teste de HIV e SIDA entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

À semelhança do que ocorre na população moçambicana em geral, a maioria das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes entrevistadas no

IDS de 2003 nunca fez teste de HIV e SIDA. Apenas uma proporção muito reduzida de adolescentes e jovens submeteu-se ao teste de HIV e SIDA (8,6% de migrantes e 6,1% de não-migrantes) (Tabela 4.9).

Tabela 4.9: Teste de HIV e SIDA entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Teste de HIV e SIDA	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Sim	8,6	6,1
Não	91,4	93,9
Total	100,0	100,0
Nº de Adolescentes e jovens	1965	2915

Fonte: IDS 2003.

Entretanto, o interesse em submeter-se ao teste de HIV e SIDA predomina, com 65,5% das adolescentes e jovens migrantes e com 58,6% das não-migrantes. Note-se, porém, que a proporção das não interessadas é bastante elevada, quer entre as migrantes (34,5%), quer entre as não-migrantes (41,4%) (Tabela 4.10). A falta de interesse em submeter-se ao teste de HIV e SIDA é mais acentuada entre as jovens não-migrantes de 20 a 24 anos de idade, casadas, residentes na área rural, não escolarizadas e ocupadas na agricultura (resultados não apresentados).

Tabela 4.10: Interesse em submeter-se ao teste de HIV e SIDA entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Interesse em submeter-se ao teste de HIV e SIDA	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Sim	65,5	58,6
Não	34,5	41,4
Total	100,0	100,0
Nº de Adolescentes e jovens	1796	2737

Fonte: IDS 2003.

Conhecimento de algum lugar onde se possa obter teste de HIV e SIDA

Em geral, a maioria das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes abrangidas pelo IDS de 2003 não tem conhecimento de algum lugar

onde possa obter teste de HIV e SIDA. Portanto, o não conhecimento é independente da condição migratória, embora o nível de desconhecimento entre as não-migrantes seja muito mais elevado (60,7%) do que o observado entre as migrantes (52,3%) (Tabela 4.11).

Tabela 4.11: Conhecimento de algum lugar onde se possa obter teste de HIV e SIDA entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Conhecimento de algum lugar onde se possa obter teste de HIV e SIDA	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Sim	47,7	39,3
Não	52,3	60,7
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	1965	2916

Fonte: IDS 2003.

Entretanto, uma análise em função da idade, estado civil, área de residência, nível de escolaridade e tipo de ocupação indica que a maior incidência do desconhecimento recai, sobretudo, sobre as jovens não-migrantes de 20 a 24 anos de idade, casadas ou unidas de facto, residentes na área rural, não escolarizadas e cuja actividade principal é a agricultura.

Lugar onde obter teste de HIV e SIDA, segundo as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Uma grande proporção de adolescentes e jovens migrantes (47,6%) e não-migrantes (41,6%) que no IDS de 2003 afirmaram que tinham conhecimento de algum lugar onde se possa obter teste de HIV e SIDA indicaram o centro de saúde como o local de testagem (Tabela 4.12). Esta tendência pode ser justificada pelo facto de a maioria da população moçambicana ter mais acesso aos centros de saúde do que aos hospitais. Por outro lado, note-se que, apesar de o Gabinete de Atendimento e Testagem Voluntária (GATV) ser o lugar mais especializado para o teste de HIV e SIDA, foi referido em segundo ou terceiro plano pelas adolescentes e jovens entrevistadas. Provavelmente, isto deve-se ao facto de muitos dos GATV estarem inseridos dentro de centros de saúde ou hospitais.

Tabela 4.12: Lugar onde obter teste de HIV e SIDA, segundo as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Lugar onde obter teste de HIV e SIDA	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Hospital Central	10,1	10,1
Hospital Provincial	14,5	12,9
Hospital Rural	10,9	10,8
Centro de Saúde	47,6	41,6
GATV	15,3	23,3
Outro	1,6	1,3
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	937	1 144

Fonte: IDS 2003.

Saúde reprodutiva

Conhecimento sobre os serviços de planeamento familiar entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

O planeamento familiar é uma das componentes fundamentais da prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. O conhecimento sobre a existência de serviços de planeamento familiar na população feminina em idade reprodutiva pode ser considerado um indicador do nível de acesso ou proximidade desta população a este tipo de serviços de saúde pública. Entretanto, acredita-se que o acesso a serviços especializados de saúde sexual e reprodutiva e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos sejam muito limitados na população feminina migrante (vide Dias e Gonçalves, 2007).

A Tabela 4.13 apresenta a proporção de adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes que, no IDS de 2003, confirmaram que tinham conhecimento da existência do planeamento familiar (através da rádio, televisão ou jornal). Note-se que os dados da Tabela 4.13 indicam que o nível de conhecimento sobre a existência de serviços de planeamento familiar (PF) entre as migrantes está abaixo dos 50% e não difere muito do que se verifica entre as não-migrantes. De certa forma, o nível de conhecimento entre as migrantes (seja através da rádio, televisão ou jornal) é ligeiramente superior ao observado entre as não-migrantes. Observe-se, também, que a rádio constitui o principal meio através do qual se tem conhecimento da

existência do planeamento familiar, em detrimento do jornal e da televisão. Provavelmente, isto pode estar associado ao facto de a maioria da população moçambicana não ter acesso aos dois últimos meios de comunicação. A rádio é o meio de comunicação de mais fácil acesso para o cidadão comum.

Tabela 4.13: Proporção de adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes segundo o meio pelo qual tiveram conhecimento do planeamento familiar (PF)

Meio pelo qual se teve conhecimento do PF	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Rádio	46,5	42,6
Televisão	21,8	16,9
Jornal	12,9	9,5
Nº de adolescentes e jovens	1989	3033

Fonte: IDS 2003.

Conhecimento e uso de métodos de planeamento familiar entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Apenas poucos adolescentes e jovens migrantes (4,5%) e não-migrantes (10,1%) abrangidos pelo IDS de 2003 não têm conhecimento de nenhum método de planeamento familiar. Note-se, contudo, que o nível de desconhecimento é relativamente alto entre as não-migrantes. A maioria das adolescentes e jovens, principalmente entre as migrantes, conhece os métodos modernos de planeamento familiar (Tabela 4.14).

Tabela 4.14: Métodos de PF conhecidos entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Métodos de PF conhecidos	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Nenhum método	4,5	10,1
Métodos tradicionais	0,1	0,8
Métodos modernos	95,2	88,6
Outros	0,2	0,5
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	1990	3040

Fonte: IDS 2003.

Quanto ao uso de algum método de planeamento familiar, a maioria das adolescentes e jovens nunca usou, sendo a percentagem das que nunca usaram relativamente alta entre as não-migrantes. Contudo, a proporção de adolescentes e jovens que usam os métodos modernos de planeamento familiar é bastante significativa, sendo relativamente maior nas migrantes (42,3%) do que nas não-migrantes (37,5%) (Tabela 4.15).

Tabela 4.15: Métodos de PF usados entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Métodos de PF usados	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Nenhum método	52,6	57,1
Métodos tradicionais	4,1	4,8
Métodos modernos	42,3	37,5
Outros	1,0	0,6
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	1990	3040

Fonte: IDS 2003.

Intenção de uso de métodos de planeamento familiar e o tipo de métodos preferidos

A maioria das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes abrangidas pelo IDS de 2003 tencionava usar mais tarde algum método de planeamento familiar. Note-se, porém, que a proporção das que tencionavam usar é mais elevada entre as migrantes (65,2%) do que nas não-migrantes (55,5%) (Tabela 4.16). Entretanto, outra proporção muito significativa de adolescentes e jovens estava insegura sobre o uso ou não tencionava usar algum método de planeamento familiar, com destaque para o grupo das não-migrantes (44,5%).

Tabela 4.16: Intenção de uso de métodos de planeamento familiar entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Intenção de uso de métodos de PF	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Tenciona usar mais tarde	65,2	55,5
Inseguro sobre o uso	10,9	16,0
Não tenciona usar	23,9	28,5
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	1457	2232

Fonte: IDS 2003.

Quanto ao tipo de métodos de planeamento familiar preferidos, o destaque vai para a pílula, com 52,1% das adolescentes e jovens migrantes e 51,1% das não-migrantes. O segundo método mais preferido é a injeção. Apenas uma proporção muito reduzida, tanto das migrantes (6,6%), como das não-migrantes (8,3%), indicou o preservativo como sendo o método de planeamento familiar preferido (Tabela 4.17).

Tabela 4.17: Tipo de métodos de planeamento familiar preferidos entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Tipo de métodos de PF preferidos	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Pílula	52,1	51,1
Injeção	29,6	29,5
Preservativo	6,6	8,3
DIU	3,0	2,0
Outro	8,7	9,1
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	949	1239

Fonte: IDS 2003.

Principal motivo para o não uso de métodos de planeamento familiar entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

O principal motivo para o não uso de algum método de planeamento familiar em grande parte das adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes abrangidas pelo IDS de 2003 é o desejo de ter mais filhos (Tabela 4.18). Entretanto, outras adolescentes e jovens (tanto migrantes como não-migrantes), em proporções relativamente significativas, evocaram como principal motivo para o não uso de algum método de planeamento familiar o desconhecimento dos métodos, a oposição pessoal aos métodos e o facto de não serem casadas. Portanto, não parece ser pela falta de acesso aos métodos que eles não são usados, pelo menos entre as adolescentes e jovens abrangidas pelo IDS de 2003.

Tabela 4.18: Principal motivo para o não uso de métodos de PF entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Principal motivo para o não uso de métodos de PF	Adolescentes e jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Desejo de ter mais filhos	42,1	42,4
Desconhecimento dos métodos	9,4	10,2
Oposição pessoal	9,6	5,6
Não ser casada	8,5	13,3
Oposição do marido	4,3	3,2
Uso inconveniente	5,1	3,1
Desconhecimento da fonte	1,8	1,9
Outro	19,2	20,3
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	508	992

Fonte: IDS 2003.

Desejado ou não o nascimento do último filho?

A informação apresentada na Tabela 4.19 reforça a ideia de que o desejo de ter filhos constitui o principal motivo para o não uso de métodos de planeamento familiar entre as adolescentes e jovens abrangidas pelo IDS de 2003.

Tabela 4.19: Desejado ou não o nascimento do último filho entre as adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes

Desejado ou não o nascimento do último filho?	Adolescentes e Jovens	
	Migrantes	Não-migrantes
	%	%
Desejado	66,9	76,1
Desejado para mais tarde	32,2	23,2
Não desejado	0,9	0,7
Total	100,0	100,0
Nº de adolescentes e jovens	1091	1555

Fonte: IDS 2003.

De facto, de acordo com a Tabela 4.19, o nascimento do último filho foi desejado em cerca de 67% das adolescentes e jovens migrantes e em mais de 75% das não-migrantes. Contudo, uma proporção bastante significativa de adolescentes e jovens desejava que o nascimento do último filho tivesse sido mais tarde, sendo a proporção entre as migrantes relativamente mais alta (32,2%) do que a observada entre as não-migrantes (23,2%).

Considerações finais

Em primeiro lugar, deve-se reconhecer a limitação da informação que serviu de suporte para a elaboração deste texto, pelo facto de provir apenas de uma única fonte: o IDS de 2003. Porque a pretensão do texto era a de relacionar a migração de adolescentes e jovens com a saúde sexual e reprodutiva, não foi possível encontrar uma outra fonte de informação, além do IDS de 2003, que permitisse fazer este tipo de análise. Apesar desta limitação, os dados aqui apresentados e discutidos servem para fazer algumas inferências sobre aspectos relevantes da migração e saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.

Quanto aos resultados do estudo, observou-se que, não obstante a ausência ou baixo nível de escolaridade na maioria das adolescentes e jovens, migrantes e não-migrantes, abrangidas pelo IDS de 2003, o nível geral de conhecimento sobre assuntos de saúde sexual e reprodutiva é bom. A condição migratória não parece ter tido influência relevante no nível de conhecimento e nas atitudes e práticas no que respeita a questões de saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, algumas características das adolescentes e jovens, tais como idade, estado civil, área de residência, escolaridade e ocupação parecem ter alguma interferência no nível de conhecimento.

Uma comparação entre adolescentes e jovens migrantes e não-migrantes revelou ligeira vantagem das migrantes sobre as não-migrantes, em termos de conhecimentos sobre aspectos de saúde sexual e reprodutiva. Isto pode ser explicado, em parte, pelo facto de, na sua maioria, as não-migrantes abrangidas pelo IDS de 2003 serem da área rural e menos escolarizadas.

Um aspecto particular digno de realce tem a ver com o conhecimento das formas de evitar o HIV e SIDA. Embora a maioria das adolescentes e jovens (migrantes e não-migrantes) tenha conhecimento, existem outras, em

proporção relativamente significativa (principalmente as não-migrantes), que desconhecem as formas de evitar o HIV e SIDA.

O elevado nível de conhecimento sobre a existência de HIV e SIDA entre as adolescentes e jovens (migrantes e não-migrantes) observado no IDS de 2003 não é acompanhado, na prática, pela atitude comportamental deste grupo populacional, já que a grande maioria nunca se submeteu ao teste de HIV e SIDA. Mesmo do ponto de vista de algum interesse em submeter-se ao teste, muitas adolescentes e jovens (em particular as não-migrantes) não estão interessadas. Isto reflecte-se no facto de a maioria das adolescentes e jovens (migrantes e não-migrantes) não terem conhecimento de algum lugar onde se possa obter o teste de HIV e SIDA. Por outro lado, notou-se, também, que, mesmo entre aquelas que têm conhecimento de algum lugar onde se possa fazer o teste, apenas muito poucas se referiram ao Gabinete de Atendimento e Testagem Voluntária (GATV).

No que respeita aos aspectos específicos de saúde reprodutiva, os dados do IDS 2003 analisados indicam que o nível de conhecimento sobre a existência de serviços de planeamento familiar (PF) entre as adolescentes e jovens (migrantes e não-migrantes) é relativamente baixo. Entretanto, o nível de conhecimento entre as migrantes é ligeiramente superior ao observado entre as não-migrantes. Também, ficou evidente neste ensaio que a rádio é o principal meio de comunicação através do qual se teve conhecimento da existência dos serviços de planeamento familiar, provavelmente por se tratar de um meio de comunicação de fácil acesso para o cidadão comum, quando comparado com a televisão ou o jornal.

Quanto ao conhecimento dos métodos de planeamento familiar, a grande maioria das adolescentes e jovens (em particular entre as migrantes) abrangidas pelo IDS de 2003 conhece os métodos modernos. Porém, o elevado nível de conhecimento dos métodos modernos de planeamento familiar não é acompanhado na mesma proporção pelo nível do seu uso, embora a maioria das adolescentes e jovens tenha a intenção de usá-los mais tarde.

Embora o principal motivo para o não uso de métodos de planeamento familiar, em grande parte das adolescentes e jovens, tenha sido o desejo de ter mais filhos, há muitas outras adolescentes e jovens que não os usam

por motivos de desconhecimento. Portanto, ficou evidente, no IDS de 2003, que não é pela falta de acesso aos métodos que eles não são usados pela maioria das adolescentes e jovens, mas sim pelo desejo que elas têm de exercer a maternidade. Isto é comprovado pelo facto de o nascimento do último filho na maioria das adolescentes e jovens entrevistadas ter sido desejado/planeado.

Para finalizar, importa salientar que as intervenções futuras, em termos de políticas, nesta área e para este grupo populacional, devem incidir sobre acções de divulgação de informação relativa à saúde sexual e reprodutiva e de sensibilização, em particular, das adolescentes e jovens sobre a necessidade de terem em conta todas as formas de prevenção contra as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV e SIDA. As acções de sensibilização entre as adolescentes e jovens devem vincar também a necessidade de se fazer o teste de HIV e SIDA, como fundamental para estancar a expansão da doença e garantir uma vida saudável e segura. A rádio deve ser usada como meio de comunicação prioritário na difusão das mensagens sobre saúde sexual e reprodutiva, principalmente no que se refere à oferta e disponibilidade dos serviços de planeamento familiar, pelo facto de abranger as áreas mais recônditas do território nacional. Os métodos modernos de planeamento familiar devem ser amplamente difundidos entre as adolescentes e jovens, em qualquer lugar onde estejam, de forma a exercerem na plenitude os seus direitos reprodutivos. Todas estas acções devem ter em conta as características da população-alvo (idade, estado civil, educação, área residencial, ocupação).

Referências bibliográficas

- Bonan, C. 2011. “Reseña de ‘Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo’ de Dias SE, Rocha CF, Horta R”. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(1):361-364.
- Carballo, M., J. Divino & D. Zeric. 1998. “Migration and health in the European Union”. *Tropical Medicine and International Health* 3(12):936-944.
- Cisneros, C. F., C. M. León, A. R. Salauz, G. A. M. Reséndiz, G. G. Azpeitia & M. R. M. Márquez. 2005. “Mujeres indígenas migrantes, sus derechos, salud sexual y reproductiva”. *Katálisis* 8(1): 111-123.

- Dias, S. F., C. F. Rocha & R. Horta. 2009. “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo”. *Observatório da Imigração* 32. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Dias, Sónia & Aldina Gonçalves. 2007. “Migração e Saúde”. *Revista Migrações* 1:15-26.
- Gardete, M. J. & M. L. Antunes. 1997. “Tuberculose em imigrantes”. *Saúde em Números*. 8(4):30-32.
- Gune, E., J. Nobre & C. Give. 2011. “Revisão da literatura sobre população de alta mobilidade em Moçambique”. Maputo: Perceptions – Projectos, Assessoria, Consultoria e Serviços, Lda.
- Halliday, T. J. & M. C. Kimmitt. 2008. Selective Migration and Health. IZA Discussion Paper No. 3458. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- He, D., Y. Zhou, N. Ji, S. Wu, Z. Wang, P. Decat, E. Moyer, M. Minkauskiene, C. Pang & Y. Cheng. 2012. “Study on sexual and reproductive health behaviors of unmarried female migrants in China”. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 38(4): 632-638.
- Hjern, Anders. 2009. “Migration and Public Health”. National Board of Health and Welfare. Swedish National Public Health Report 2009.
- Keyes, E. 2000. “Mental health status in refugees: An integrative review of current research”. *Issues in Mental Health Nursing*. 21(4):397-410.
- Kwankye, S. O. 2007. “Migration, and sexual and reproductive behavior among young women in Ghana”. Paper presented at Fifth African Population Conference of the Union for African Population Studies. Arusha, Tanzania: 10-14 December 2007.
- Lu, C., L. Xu, J. Wu, Z. Wang, P. Decat, W. Zhang, Y. Chen, E. Moyer, S. Wu, M. Minkauskiene, D. V. Braeckel & M. Temmerman. 2012. “Sexual and reproductive health status and related knowledge among female migrant workers in Gwangzhou, China: a cross-sectional survey”. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 160:60-65.

- Matsimbe, D. B. 2004. Mobilidade espacial da população: Sua implicação na saúde sexual e reprodutiva. Trabalho de licenciatura. Mpauto: Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras, Departamento de Geografia.
- Mckay, Laura, Sally Macintyre & Anne Ellaway. 2003. "Migration and Health: A Review of International Literature". MRC Social and Public Health Sciences Unit. Occasional Paper Series Number 12.
- Minnis, A. M. 2010. "U.S. Migration and Reproductive Health among Mexican Women: Assessing the Evidence for Health Selectivity". *Field Actions Reports*, Special Issue 2 (2010), Migration and Health.
- MISAU, INE, MPF e CEP-UEM. 2000. Impacto Demográfico do HIV/ SIDA em Moçambique. Maputo.
- Muanamoha, R. C. 2010. *Dynamics of undocumented Mozambican labour migration to South Africa*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller
- Pumariega, A.J., E. Rothe & J. B. Pumariega. 2005. "Mental Health of Immigrants and Refugees". *Community Mental Health Journal*. 41(5):581-597.
- Pussetti, C., J. F. Ferreira, E. Lechner & C. Santinho. 2009. "Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural". *Observatório da Imigração* 33. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Raimundo, I. M. & R. C. Muanamoha. 2013. "A dinâmica migratória em Moçambique". In C. Arnaldo & B. Cau (orgs.) *Diânicas da População e Saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. Pp. 157-182.
- UNFPA. 2010. Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas.
- UNFPA. 2011. Socio-cultural influences on the reproductive health of migrant women: A review of literature in Cambodia, Lao PDR, Thailand and Viet Nam. United Nations.

UNICEF. 2011. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Wang, Y., W. Yao, M. Shang, Y. Cai, R. Shi, J. Ma, J. Wang & H. Song. 2013. “Sexual and reproductive health among unmarried rural-urban female migrants in Shanghai China: A comparative analysis”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2013, 10: 3578-3589.

Capítulo 5

TENDÊNCIAS E FACTORES ASSOCIADOS À MATERNIDADE PRECOCE EM MOÇAMBIQUE

Carlos Arnaldo
Mónica Frederico
Abdulai Dade

Introdução

A maternidade precoce ou na adolescência é um dos principais problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento, e a sua percepção como problema social tem vindo a aumentar e a justificar uma maior resposta por parte das políticas públicas (Ferreira, 2008). Em Moçambique, de acordo com os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011, cerca de 40% das adolescentes (15-19 anos) eram/tinham sido mães ou estavam grávidas

(INE & MISAU, 2013). Uma maternidade precoce pode ter implicações negativas na saúde e no desenvolvimento social da jovem mãe e do seu filho. Do ponto de vista de saúde, a maternidade na adolescência está associada a um maior risco de complicações durante o parto, altas taxas de morbi-mortalidade materna, abortos clandestinos e nascimento de crianças com baixo peso (Oyefara, 2009). Do ponto de vista do desenvolvimento social, a maternidade precoce geralmente conduz ao abandono temporário ou definitivo da escola por parte da rapariga e a consequente diminuição de possibilidades de uma carreira profissional bem-sucedida no futuro, contribuindo para perpetuar o ciclo de pobreza dentro dos agregados familiares dos adolescentes envolvidos. Mais ainda, parte da elevada fecundidade verificada em Moçambique pode ser atribuída ao início precoce da procriação (Arnaldo, 2013). A idade da mulher ao primeiro filho (início da procriação) é normalmente um indicador da sua fecundidade futura, uma vez que determina o período da janela de procriação. Na ausência da contracepção, um período longo de procriação poderá resultar num maior número de filhos (Beguy, Ndugwa & Kabiru, 2013). Assim, este capítulo analisa a tendência e os factores associados à maternidade precoce em Moçambique, como forma de contribuir para influenciar no desenho e implementação de políticas ou programas para a sua redução.

Contextualização

Maternidade precoce no mundo

A maternidade precoce é um dos problemas sociais e de saúde pública que têm atraído a atenção de estudiosos, fazedores de políticas e organizações internacionais e da sociedade civil (Chalem *et al.*, 2007; Dias & Aquino, 2006; Oliveira, Anastácio & Carvalho, 2010). De acordo com estimativas de 2010, 36,4 milhões de mulheres entre 20 e 24 anos nos países em desenvolvimento tiveram parto antes dos 18 anos, sendo mais de metade (53%) no continente africano (UNFPA, 2013:3-6).

O fenómeno de maternidade/gravidez precoce é complexo, multidimensional e influenciado por diversos factores de âmbito biológico, familiar e social (Brito, 2009). No âmbito biológico, as adolescentes têm apresentado uma antecipação na sua menarca (primeira menstruação),

passam a produzir gâmetas férteis mais cedo, ficando desta forma expostas ao risco de uma gravidez precoce (Pirotta & Schor, 2004). No âmbito familiar, os adolescentes, na maioria das vezes, espelham-se nos pais ou no ambiente familiar (Baldwin & Cain, 1980; Caputo & Bordin, 2008). Por exemplo, a embriaguez, o uso de drogas e a troca frequente de parceiros sexuais no ambiente familiar, que caracterizam cada vez mais as famílias actuais, tendem a actuar como exemplos negativos para os filhos, influenciando-os (Brito, 2009; Kassir, 2006). Marteleto, Lam e Ranchhod (2006) constataram, num estudo sobre uma área urbana da África do Sul, que as raparigas que cresceram num agregado familiar que tinha alguém com problemas de alcoolismo e/ou uso de drogas eram mais propensas a ter tido um filho na adolescência do que aquelas que cresceram em agregados familiares sem nenhum daqueles problemas. Situações de falta de diálogo sobre a sexualidade na família podem contribuir para a gravidez precoce, sobretudo entre as famílias mais carentes ou com menos instrução (Kassar, 2006).

O contexto social é também um factor importante. As mudanças sociais que se observam no contexto da sexualidade, caracterizadas por uma maior abertura e remoção das inibições e estigmas relacionados com a sexualidade, podem estimular uma maior actividade sexual entre os jovens e aumentar o risco de uma gravidez ou maternidade precoce, se os jovens não dispuserem de um conhecimento adequado sobre sexualidade e contracepção (Brito, 2009; Gama, Szwarcwald & Leal, 2002; Leal, 2006). Um dos factores sociais com influência no comportamento sexual dos jovens é a religião. Ela desempenha um importante papel dentro da sexualidade, pois, como grande parte das religiões tendem a proibir o sexo antes do casamento, adolescentes que seguem a doutrina de uma religião podem evitar a prática sexual antes do casamento, contrariamente àqueles que não praticam nenhuma religião (Paiva, Aranha & Bastos, 2008; Vitalle & Amâncio, 2001).

A maternidade precoce pode ter consequências negativas para a adolescente afectada, para a criança e para toda a sociedade. Ela tem causado várias mudanças na vida da adolescente envolvida, pois gera sérias consequências biológicas, familiares e sociais, que se reflectem na sua vida e na da sociedade como um todo. Uma gravidez na adolescência pode contribuir para um maior risco de alta pressão arterial, anemia, hemorragia, parto prolongando ou obstruído, parto prematuro, nascimento de crianças de baixo peso, morte fetal, mortalidade perinatal, altas taxas de morbi-mortalidade

materna e abortos clandestinos (Figueredo, 2000; Mahy & Gupta, 2001; Oyefara, 2009; Zabin & Kiragu, 1998). Devido à sua imaturidade psicológica e social e falta de uma atenção pré-natal adequada, o risco de mortalidade materna associado a uma gravidez na adolescência chega a ser seis vezes mais alto em comparação com o de mulheres adultas (Zabin & Kiragu, 1998).

Além das consequências físicas para a adolescente e para o seu bebé, existem as consequências psicossociais, entre as quais figura o abandono temporário ou definitivo da escola por parte da rapariga e a consequente redução das oportunidades de inserção no mercado de trabalho, ocasionando, às vezes, insatisfação pessoal e manutenção do ciclo de pobreza (Nascimento, 2011; Pelloso, Carvalho & De Souza, 2002). Com efeito, há uma associação entre a maternidade precoce e o risco de pobreza, seja porque ela tende a estar mais representada nas zonas socialmente mais carenciadas, seja porque, em resultado da interrupção da escolaridade, diminui consideravelmente as oportunidades de as mães adolescentes e jovens terem acesso a uma formação de qualidade, aumentando o risco de dependerem, no futuro, de empregos de baixa remuneração ou de apoios e subsídios sociais que acompanham frequentemente as situações de pobreza (Ferreira, 2008; Gama *et al.*, 2002). Oyefara (2009), explorando as consequências socioeconómicas da gravidez precoce no Estado de Osun, na Nigéria, constatou que as mães adolescentes eram mais vistas no sector informal da economia e com baixa renda e, consequentemente, eram incapazes de contribuir efectivamente para o bem-estar geral das suas vidas, prejudicando o seu empoderamento. Por exemplo, Hindin (2012), num estudo de 25 países da África Subsaariana, incluindo Moçambique, constatou que as mulheres que tiveram filhos na adolescência tinham atitudes conservadoras sobre o empoderamento e sobre a sua própria relação conjugal, em termos de expectativa de experimentar violência doméstica.

Maternidade precoce em África

As taxas de gravidez e maternidade na adolescência em África são as mais elevadas do mundo. De acordo com as estimativas de 2010, pelo menos 25% das mulheres entre 20 e 24 anos na África subsaariana tiveram o seu primeiro filho antes dos 18 anos, contra uma média dos países em desenvolvimento de 19% (UNFPA, 2013). Na maioria dos 25 países incluídos no estudo de Hindin (2012), mais de metade das mulheres

tiveram o seu primeiro filho antes de completar 20 anos de idade, havendo países em que mais de 20% das mulheres tiveram-no antes dos seus 16 anos de idade. Vinte dos 25 países do mundo com as taxas de fecundidade de adolescentes mais elevadas estão em África (United Nations Economic Commission for Africa, 2013). A taxa de fecundidade na adolescência em África, medida através do número de filhos por 1000 mulheres entre 15 e 19 anos, é de 101 filhos contra uma média de 56 filhos por mil mulheres para os países em desenvolvimento (Population Reference Bureau, 2013).

Estes níveis de maternidade precoce na África subsaariana são explicados por vários factores, entre os quais se incluem a diminuição da idade da menarca e o retardamento do primeiro casamento, a prevalência do casamento precoce, as normas culturais sobre a actividade sexual e a procriação e o baixo uso de métodos de contracepção (Doyle *et al.*, 2012; Meekers, 1994; Yavuz, 2010; Zabin & Kiragu, 1998). Com a diminuição da exigência de as mulheres casarem virgens e a fraqueza do controlo social sobre este aspecto, o declínio da idade da menarca põe as jovens raparigas expostas ao risco de um início precoce da actividade sexual (Zabin & Kiragu, 1998). O início da actividade sexual tem sido cada vez mais cedo, ao mesmo tempo que a idade ao primeiro casamento aumenta, fazendo com que o período entre o início da actividade sexual e o primeiro casamento seja cada vez mais longo (Magadi & Agwanda, 2009). Numa análise de 24 países da África subsaariana, Doyle *et al.* (2012) constataram que cerca de 25% das adolescentes solteiras entre 15 e 19 anos eram sexualmente activas, e que o uso de métodos de contracepção era geralmente baixo. No entanto, as normas sobre a actividade sexual nas sociedades africanas não são uniformes, havendo sociedades onde a virgindade antes do casamento é valorizada e outras onde a actividade sexual antes do casamento não é condenada ou é até encorajada (Meekers, 1994).

A prevalência do casamento precoce também tem contribuído para a persistência de níveis elevados de maternidade na adolescência. Embora a idade ao primeiro casamento esteja a aumentar desde a década de 1990 (Yavuz, 2010), a África subsaariana continua a ser uma das regiões do mundo onde as mulheres se casam mais cedo. De acordo com dados de 2013, 40% das mulheres entre os 20 e os 24 anos estavam casadas até aos 18 anos, e 13% estavam nessa condição até aos 15 anos (Population Reference Bureau, 2013). Ao casarem cedo, as jovens mulheres podem

estar mais pressionadas pela expectativa social e familiar de ficarem grávidas imediatamente a seguir ao casamento (National Research Council, 1993; United Nations, 2013). Em algumas partes da África subsaariana, onde se mantêm normas rigorosas contra a actividade sexual antes do casamento, o casamento precoce permite aos pais evitar os custos de manterem uma rapariga depois da puberdade e garantir a sua virgindade até à altura do casamento (Zabin & Kiragu, 1998).

Dados e métodos

Este capítulo usa dados dos Inquéritos Demográfico e de Saúde (IDS) realizados em Moçambique em 1997, 2003 e 2011. Os IDS foram realizados com o objectivo de recolher informação actualizada sobre fecundidade e comportamento reprodutivo, saúde materna e infantil, mortalidade infanto-juvenil, conhecimento e uso de contracepção, e conhecimento e atitudes sobre o HIV/SIDA. As amostras para estes inquéritos foram probabilísticas e representativas aos níveis nacional, provincial e das áreas de residência (rural e urbana) (INE & MISAU, 1998, 2005, 2013). No IDS de 1997, foram entrevistados 8 779 mulheres com idades entre 15 e 49 e 2 335 homens com idades entre 15 e 64, correspondentes a uma taxa de resposta de 92% e 81%, respectivamente (INE & MISAU, 1998). No IDS de 2003, foram entrevistados 12 418 mulheres com idades entre 15 e 49 e 2 900 homens com idades entre 15 e 64, correspondentes a uma taxa de resposta de 91% e 81%, respectivamente (INE & MISAU, 2005). No IDS de 2011, foram entrevistados 13 718 mulheres com idades entre 15 e 49 e 4 130 homens com idades entre 15 e 64, correspondentes a uma taxa de resposta de 99% e 98%, respectivamente (INE & MISAU, 2013).

Nestes dados, aplicaram-se métodos de análise bivariada e multivariada para avaliar os níveis e tendências da maternidade precoce e identificar os factores socioeconómicos a ela relacionados. No geral, neste capítulo, considera-se maternidade precoce a que ocorre nas mulheres antes de completar 20 anos de idade. Dois indicadores de maternidade precoce são utilizados: a percentagem de mulheres entre os 15 e os 19 anos que estavam grávidas ou eram/tinham sido mães à data dos inquéritos e a percentagem de mulheres entre 18 e 24 anos que tiveram o seu primeiro filho antes de completar 18 anos de idade. Assim, o número de mulheres incluídas nesta análise corresponde ao apresentado na Tabela 5.1.

Tabela 5.1: Número de mulheres incluídas na análise por ano de inquérito

Inquérito	Mulheres 15-19	Mulheres 18-24
IDS 1997	1872	2507
IDS 2003	2644	3622
IDS 2011	3065	3563
Total	7581	9692

Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

Para a análise multivariada, foram ajustados dois modelos de regressão logística para determinar a probabilidade de uma mulher entre os 15 e 19 anos, na altura do inquérito, estar grávida ou ser/ter sido mãe e a de uma mulher com idade entre 18 e 24 anos na altura do inquérito ter tido o seu primeiro filho antes dos 18 anos. O modelo da regressão logística pode ser representado pela equação:

$$\ln(Pi/1-Pi) = b_0 + b_i X_i$$

onde P_i é a probabilidade de um determinado evento ocorrer num indivíduo com um determinado conjunto de características, X_i ; b_0 é uma constante que define a probabilidade e b_i s são os coeficientes estimados. A razão $P_i/1-P_i$ é a razão entre a probabilidade de uma mulher entre 15 e 19 anos com um determinado conjunto de características estar grávida ou ser /ter sido mãe, ou de uma mulher entre 18 e 24 anos e com um determinado conjunto de características ter tido o seu primeiro filho antes dos 18 anos e a probabilidade de não estar grávida ou não ser/ter sido mãe, ou de ter tido o primeiro filho aos 18 anos ou depois, respectivamente. O valor b_i estimado para cada variável X_i é interpretado como sendo a diferença de probabilidades entre mulheres pertencentes a essa categoria e aquelas pertencentes à categoria de referência ou omitida. Assim, se cada valor b_i for exponenciado, $\exp[b_i]$, o resultado é a razão de probabilidades de estar grávida ou ser /ter sido mãe ou ter tido o primeiro filho antes dos 18 anos de idade para as mulheres com característica X_i em relação às mulheres que pertencem à categoria de referência (Halli & Rao, 1992; Retherford & Choe, 1993). As variáveis independentes e a sua descrição estão apresentadas na Tabela 5.2.

Tabela 5.2: Descrição de variáveis independentes

Variável	Descrição
Idade	Em anos simples.
Inquérito	Em três categorias: IDS 1997, IDS 2003 e IDS 2011.
Região	Norte (Niassa, Cabo Delgado e Nampula), Centro (Zambézia, Tete, Manica e Sofala) e Sul (Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade).
Lugar de residência	Dividida em urbana e rural.
Nível de educação	Com três categorias: Nenhum, Primário e Secundário ou superior.
Idade à primeira relação sexual	Com três categorias: menos de 15 anos, entre 15 e 17 anos e 18 ou mais anos.
Idade à primeira união	Com três categorias: menos de 15 anos, entre 15 e 17 anos e 18 ou mais anos.
Quintil de riqueza	Com cinco categorias: Mais pobre, Pobre, Médio, Rico e Mais rico.
Religião	Com seis categorias: Católica, Protestante, Muçulmana, Zione, Outra e Sem religião.
Escuta rádio	Com quatro categorias: Não, Menos de uma vez por semana, Mais de uma vez por semana e Quase todos os dias.
Experiência de uso de contraceção	Com duas categorias: Nunca usou, Já usou algum método de contraceção

Resultados

Análise descritiva

O nível de educação das adolescentes e jovens em Moçambique melhorou substancialmente entre 1997 e 2011, em particular nas áreas urbanas. A percentagem de adolescentes e jovens sem nenhum nível de instrução reduziu de 28%, em 1997, para 13%, em 2011, ao mesmo tempo que a percentagem daquelas com o nível secundário ou mais subiu de 5% para 30% (Tabela 5.3). Apesar desta melhoria substancial no nível educacional, Moçambique continua a ser um dos países onde os eventos relacionados com a transição para a vida adulta (início da actividade sexual, casamento e procriação) acontecem relativamente cedo. Em 2011, cerca de dois terços das adolescentes entre os

15 e os 19 anos eram sexualmente activas, 41% já se tinham casado alguma vez e 36% já eram mães ou estavam grávidas. Entre 1997 e 2011, houve uma ligeira tendência para a redução dos três indicadores: acima de 10%, sobretudo no que se refere à percentagem de adolescentes já casadas.

Tabela 5.3: Comportamento sexual e reprodutivo das mulheres de 15 a 19 anos, Moçambique 1997-2011

	IDS 1997			IDS 2003			IDS 2011		
	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total
<i>Nível de educação (%)</i>									
Nenhum	35.8	9.0	28.4	35.9	9.6	23.5	17.6	4.0	12.5
Primário	63.0	75.5	66.5	61.2	66.1	63.5	68.3	39.3	57.4
Secundário ou mais	1.2	15.5	5.2	2.9	24.3	12.9	14.1	56.7	30.1
<i>Actividade sexual (%)</i>									
Não iniciaram actividade sexual	28.7	34.9	30.5	23.7	30.3	26.8	33.3	34.4	33.7
Já iniciaram actividade sexual	71.3	65.1	69.5	76.3	69.7	73.2	66.7	65.6	66.3
<i>Estado civil (%)</i>									
Nunca casou	45.0	73.5	52.9	43.4	71.7	56.7	51.1	72.1	59.0
Alguma vez casada	55.0	26.5	47.1	56.6	28.3	43.3	48.9	27.9	41.0
<i>Conhecimento de métodos contraceptivos (%)*</i>									
Qualquer método	43.8	87.3	55.2	99.5	100.0	99.8	100.0	100.0	100.0
Método moderno	42.9	87.3	54.5	85.1	98.0	90.7	92.3	98.4	94.6
<i>Experiência de uso de contracepção (%)*</i>									
Já usou qualquer método	2.9	18.8	7.1	31.1	60.1	43.7	na	na	na
Já usou método moderno	2.7	15.5	6.1	25.1	56.1	39.0	na	na	na
<i>Uso actual de contracepção (%)**</i>									
Qualquer método	1.1	7.5	3.0	23.5	45.6	33.7	7.1	28.0	15.3
Método moderno	1.0	5.3	2.3	19.1	42.2	29.8	7.1	27.4	15.1
<i>Alguma vez mães ou grávidas (%)</i>									
Idade mediana ao primeiro casamento	17.0	18.4	17.3	17.0	18.6	17.6	18.1	19.6	18.5
Idade mediana ao primeiro filho	19.1	19.0	19.1	18.8	19.2	18.9	19.1	19.4	19.2

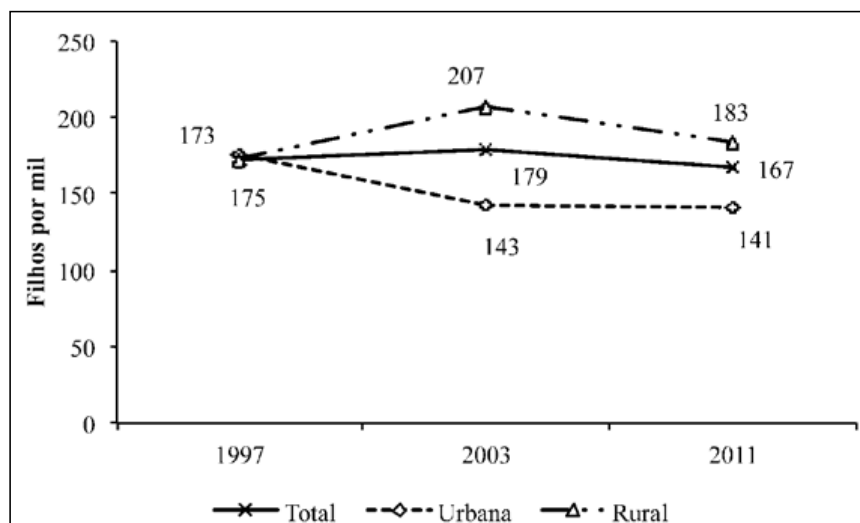
Nota: *% entre mulheres de 15 a 19 anos sexualmente activas; **% entre mulheres de 15 a 19 anos sexualmente activas e não grávidas; na = não aplicável.

Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

O casamento precoce é um dos factores que tem contribuído para a persistência de níveis elevados de maternidade na adolescência, uma vez que a expectativa da sociedade é de a mulher ter um filho pouco depois do casamento. Como se pode observar na Tabela 5.3, a idade mediana ao primeiro casamento está muito próxima da idade mediana ao primeiro filho. Segundo o IDS de 2011, 19% das adolescentes tiveram o seu primeiro filho no ano do casamento e 67% depois deste. Apenas 14% tiveram o seu primeiro filho antes do casamento. Para além da pressão social e/ou familiar para engravidar logo a seguir ao casamento, uma gravidez na adolescência pode precipitar o casamento, sobretudo nas sociedades patrilineares, onde o filho pertence à família do homem, e é suposto que este tome conta da criança e da mãe desde a gravidez.

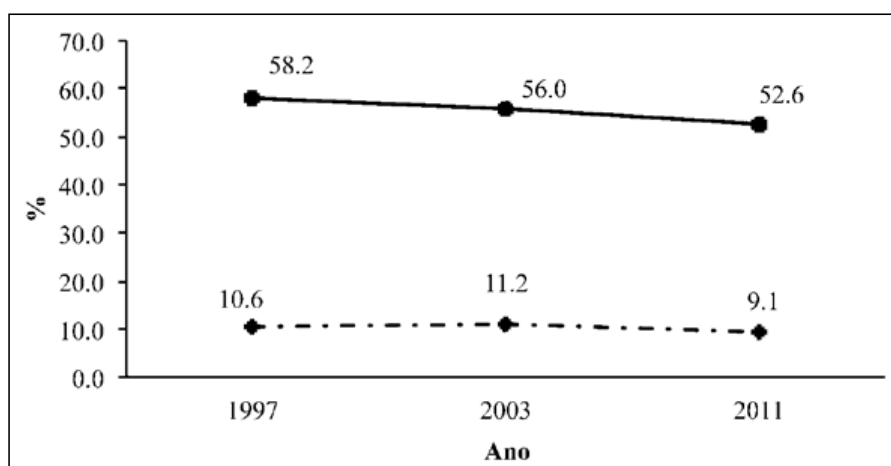
Num contexto onde tanto o início da actividade sexual como o casamento são precoces, o risco de uma gravidez na adolescência é mais elevado se as adolescentes não dispuserem ou não usarem métodos de planeamento familiar para a prevenção de gravidezes indesejadas. Embora o conhecimento sobre estes métodos entre as adolescentes em Moçambique seja quase universal, apenas 44% das mulheres de 15 a 19 anos sexualmente activas em 2003 tinham experiência de uso de algum método de prevenção de gravidez, e somente 15% das adolescentes sexualmente activas e não grávidas declararam usar estes métodos na altura do inquérito (Tabela 5.3). Como consequência, em 2011, cerca de um terço das gravidezes das adolescentes eram indesejadas (valor não apresentado).

Devido ao início precoce da procriação, pelo menos um dos cerca de 6 filhos que, em média, uma mulher moçambicana tem durante o seu período reprodutivo, que vai dos 15 aos 49 anos, é nascido na adolescência. A taxa de fecundidade na adolescência é de cerca de 170 crianças por mil adolescentes, sendo mais elevada na área rural do que na urbana (Gráfico 5.1). Embora esta taxa esteja experimentando alguma redução nos últimos anos, sobretudo nas áreas urbanas, continua a ser uma das mais elevadas do mundo (Population Reference Bureau, 2013).

Gráfico 5.1: Taxa de fecundidade na adolescência, Moçambique 1997-2011

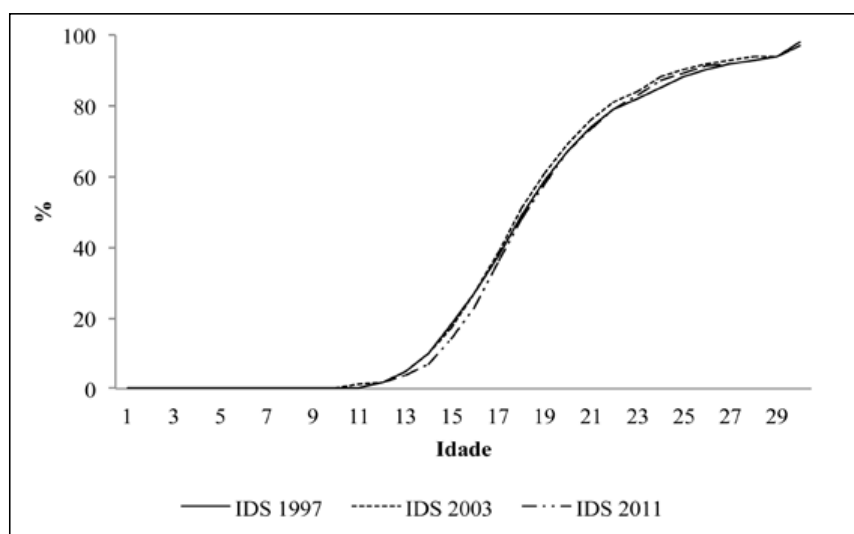
Fonte: INE & MISAU, 1998, 2005, 2013.

Tomando em conta o grupo de jovens mulheres que acabaram de ultrapassar a fase da adolescência (mulheres entre os 18 e os 24 anos), pouco mais de 10% tiveram os seus primeiros filhos antes dos 15 anos, e mais de metade antes dos 18 anos (Gráfico 5.2). Este padrão é similar nos três inquéritos em análise, o que mostra pouca tendência para retardar o início da procriação em Moçambique. A análise das curvas do risco de ter o primeiro filho por idade, Gráfico 5.3, mostra que as linhas correspondentes aos três IDSs estão quase sobrepostas, indicando que este risco pouco se alterou nos últimos 25 anos.

Gráfico 5.2: Percentagem de mulheres entre 18 e 24 anos que tiveram o seu primeiro filho antes dos 15 e antes dos 18 anos, Moçambique 1997-2011

Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

Gráfico 5.3: Percentagem de mulheres que já são mães por idade, Moçambique 1997-2011



Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

Análise multivariada

A Tabela 5.3 mostra que a probabilidade de uma mulher moçambicana ter um filho na adolescência pode estar relacionada com determinados factores socioeconómicos, entre os quais o nível de educação, a idade ao início da actividade sexual e ao primeiro casamento, o conhecimento e uso de métodos de contracepção. No entanto, a análise do efeito destes e outros factores na maternidade precoce não pode ser adequadamente avaliada através de uma análise descritiva (bivariada), uma vez que este tipo de análise não toma em consideração o efeito de outros factores que também influenciam a maternidade precoce. Tal efeito só pode ser possível através do uso de análise multivariada, que permite determinar o efeito de um factor independentemente do efeito dos outros. Assim, neste capítulo, foi aplicado o modelo de regressão logística, brevemente apresentado na secção de metodologia, para identificar os factores que mais influência têm sobre o risco de uma maternidade precoce em Moçambique.

Apesar de algumas das variáveis independentes estarem aparentemente correlacionadas entre si, um exame prévio dessas correlações mostrou que nenhum dos coeficientes de correlação de *Pearson* foi superior a 0,5, pelo que foram incluídas nos modelos para avaliar a sua influência na maternidade precoce, sem receio de que um enviesamento por multicolinearidade pudesse

afectar os resultados de forma significativa. Foi constituída uma base de dados conjunta, resultante da junção das bases dos IDS de 1997, 2003 e 2011, e foram ajustados dois modelos: um a mulheres entre 15 e 19 anos, para avaliar o efeito das variáveis independentes na probabilidade de uma mulher pertencente a este grupo de idade estar grávida ou ser /ter sido mãe, e outro a mulheres com idades entre 18 e 24 anos, para avaliar a probabilidade de uma mulher deste grupo ter tido o seu primeiro filho antes dos seus 18 anos de idade. Para verificar a consistência dos resultados, os mesmos modelos foram também ajustados, em separado, aos dados de cada um dos três inquéritos e, pelo facto de os resultados terem sido consistentes com os modelos ajustados à base resultante da adição dos casos dos três inquéritos, aqueles resultados não são apresentados.

A Tabela 5.4 mostra as razões de probabilidade ' $Exp(B)$ ' de uma adolescente entre os 15 e os 19 anos pertencente a uma determinada categoria numa variável estar grávida ou ser /ter sido mãe (Modelo I) e de uma mulher entre 18 e 24 anos ter tido filho antes de completar 18 anos (Modelo II) em comparação com uma adolescente ou mulher pertencente à categoria de referência, assumindo que estas duas mulheres são iguais em relação às restantes características. O valor de $Exp(B)$ na categoria de referência é igual à unidade, e um valor de $Exp(B)$ superior a 1 (um) em qualquer das outras categorias significa que as adolescentes ou mulheres dessa categoria têm maior risco de maternidade precoce do que as suas homólogas que pertencem à categoria de referência. Do mesmo modo, um valor de $Exp(B)$ inferior a 1 (um) indica um menor risco de maternidade precoce do que na categoria de referência.

Tabela 5.4: Razões de probabilidade de risco de maternidade precoce de acordo com características socioeconómicas das mulheres, Moçambique 1997-2011

Características socioeconómicas	Modelo I		Modelo II	
	Mulheres 15-19 anos (grávidas, mães ou que tenham sido mães)		Mulheres 18-24 anos (que tiveram filho ou filhos antes dos 18 anos)	
	<i>Exp(B)</i>	<i>P-value</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>P-value</i>
<i>Idade</i>	1,784	0,000	0,910	0,000
<i>Inquérito</i>				
IDS 1997 *	1,000		1,000	
IDS 2003	0,885	0,426	0,746	0,005
IDS 2011	0,539	0,005	0,738	0,017
<i>Nível de educação</i>				
Nenhum *	1,000		1,000	
Primário	1,159	0,208	1,089	0,322
Secundário ou mais	1,896	0,003	0,969	0,818
<i>Lugar de residência</i>				
Urbana *	1,000		1,000	
Rural	0,822	0,084	0,739	0,000
<i>Idade da primeira relação sexual</i>				
< 15 anos *	1,000		1,000	
15-17 anos	0,810	0,073	0,412	0,000
18 anos ou mais	0,470	0,010	0,018	0,000
<i>Idade da primeira união</i>				
< 15 anos *	1,000		1,000	
15-17 anos	0,563	0,000	0,256	0,000
18 ou mais	0,264	0,000	0,056	0,000
<i>Religião</i>				
Católica *	1,000		1,000	
Protestante	1,086	0,588	1,331	0,007
Islâmica	1,023	0,873	1,423	0,007
Zione	0,794	0,115	1,272	0,047
Outra	1,238	0,381	1,059	0,838
Sem religião	1,006	0,982	1,269	0,050
<i>Experiência de uso de contraceção</i>				
Nunca usou *	1,000		1,000	
Já usou algum método	2,224	0,000	1,358	0,002
<i>Região de residência</i>				
Norte *	1,000		1,000	
Centro	1,472	0,004	1,195	0,134
Sul	1,032	0,823	1,204	0,154
Constante (não transformada)	-8,92	0,000	4,43	0,000
Logaritmo de verosimilhança	2.601,33		4.987,09	
Qui-quadrado do modelo	268,31	0,000	1986,07	0,000
No. de casos na análise	2.348		5.045	

Nota: * - Referência

Fonte: IDS 1997, 2003, 2011.

De acordo com os resultados dos Modelos I e II, a idade, o ano do inquérito, o nível de educação, o lugar de residência, as idades à primeira relação sexual e ao primeiro casamento, a filiação religiosa, a experiência de uso de contracepção e a região de residência têm alguma relação com a maternidade precoce, embora esta tenda a ser estatisticamente significativa ao nível de significância de 5% no Modelo II, em comparação com o Modelo I. Em concordância com a análise descritiva (Tabela 5.3), as adolescentes e mulheres inquiridas em 2003 e 2011 são significativamente menos propensas a estarem grávidas ou serem/terem sido mães na adolescência, em comparação com as inquiridas em 1997, indicando uma tendência de redução do nível da maternidade precoce ao longo do tempo, sobretudo entre 1997 e 2003 (e considerando ter tido um filho antes dos 18 anos como indicador da maternidade precoce). O Modelo I mostra que as adolescentes (15-19 anos) têm 12% (em 2003) e 46% (em 2011) menos risco de estarem grávidas ou serem/terem sido mães na adolescência comparativamente às suas homólogas em 1997, embora esta diferença seja estatisticamente significativa apenas em 2011. Por sua vez, as mulheres de 18 a 24 anos em 2003 e 2011 são cerca de 25% menos susceptíveis de terem tido filho(s) na adolescência, em comparação com as suas homólogas em 1997.

Depois de controlar pelo efeito dos outros factores, o efeito do nível de educação na maternidade precoce não é consistente entre os dois modelos. Enquanto o Modelo II não revela nenhuma diferença significativa do risco de ter tido um filho antes dos 18 anos de acordo com o nível de educação da mulher, o Modelo I mostra que o risco de uma adolescente estar grávida, ser mãe ou ter sido mãe é maior nas mulheres com os níveis primário e secundário, em comparação com as que não têm nenhum nível, embora seja apenas estatisticamente significativa para as mulheres com o nível secundário ou superior. Os resultados do Modelo I não estão de acordo com a expectativa, uma vez que a educação da mulher adolescente normalmente retarda o início da procriação através do aumento da idade ao primeiro casamento e do uso de métodos de contracepção (Arthur, Bangha & Sankoh, 2013). No entanto, em alguns casos, a educação pode ser um factor de risco para a maternidade precoce, através do enfraquecimento do controlo familiar sobre as adolescentes, especialmente se elas ficarem tempo considerável na escola (Beguy *et al.*, 2013).

O lugar de residência rural está associado a um menor risco de maternidade precoce. Com efeito, de acordo com o Modelo II, uma mulher rural com idade entre 18 e 24 anos é 26% menos susceptível de ter tido um filho antes dos 18 anos do que a sua homóloga residente na área urbana. Num estudo no Quénia, Magadi e Agwanda (2009) também constataram que a residência rural estava significativamente associada a um menor risco de início de procriação na adolescência. Embora com diferenças estatisticamente não significativas, Mahy e Gupta (2002), constataram que em Burkina Faso e Tanzânia, as mulheres urbanas entre 18 e 24 anos tinham maior probabilidade de terem tido um filho antes dos 18 anos do que as suas homólogas residentes nas áreas rurais.

Como esperado, ambos os modelos mostram que, quanto mais tarde uma mulher iniciar a sua vida sexual ou matrimonial, menor é o risco de estar grávida ou ser/ter sido mãe precocemente. Em relação ao início da actividade sexual, entre as adolescentes com idade entre os 15 e os 19 anos, um início da actividade sexual aos 18 anos ou depois reduz o risco de maternidade precoce em mais de 50%, em comparação com um início da actividade sexual antes dos 15 anos. Por outro lado, de acordo com o Modelo II, as mulheres com 18 a 24 anos que iniciam a sua vida sexual entre os 15 e os 17 anos são 59% menos propensas a ter um filho na adolescência, comparando com aquelas que iniciam antes dos 15 anos.

Em relação à idade de casamento, as adolescentes entre 15 e 19 anos que se casaram ou se uniram entre os 15 e os 17 anos e aos 18 anos ou depois são 44% e 74%, respectivamente, menos propensas a estarem grávidas ou serem/terem sido mães precocemente ou na adolescência, em comparação com as suas homólogas que o fizeram antes dos 15 anos. Igualmente, segundo o Modelo II, as mulheres de 18 a 24 anos que se casaram ou se uniram entre os 15 e os 17 anos são 74% menos susceptíveis de terem um filho antes dos 18 anos.

A filiação religiosa não apresenta nenhum efeito significativo sobre a maternidade precoce no Modelo I. No entanto, no modelo II, as mulheres entre 18 e 24 anos sem religião e aquelas que professam uma religião diferente da Católica são, pelo menos, 26% mais propensas a terem tido um filho antes dos 18 anos, em comparação com aquelas que pertencem à religião Católica. As razões para estas diferenças não estão claras, mas, normalmente, as diferenças do comportamento demográfico por religião podem dever-se

a diferenças de composição dos membros das diferentes igrejas ou na maior ou menor tolerância em relação à actividade sexual dos jovens e adolescentes. As evidências para sustentar diferenças doutrinárias em relação à sexualidade dos adolescentes em Moçambique são escassas. Por outro lado, dada a maior mobilidade religiosa em Moçambique (Agadjanian, 1999), a religião da mulher na altura do inquérito pode não corresponder à sua religião na altura em que teve o primeiro filho.

Os resultados do modelo I sugerem diferenças regionais em relação ao risco de uma adolescente estar grávida ou ser/ter sido mãe: as adolescentes residentes na região Centro do país são cerca de 50% mais propensas a estarem grávidas ou serem/terem sido mães do que as suas homólogas da região Norte, enquanto nenhuma diferença significativa se verifica entre as adolescentes residentes nas regiões Norte e Sul. Provavelmente, existem outros factores que não puderam ser incluídos nos modelos e que influenciam o comportamento reprodutivo das jovens e adolescentes em Moçambique.

A experiência de contracepção está positivamente associada à maternidade precoce, sobretudo entre as adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, onde o risco de estar grávida ou ser/ter sido mãe para as adolescentes que usaram algum método de contracepção é duas vezes superior ao das adolescentes que nunca usaram nenhum método de contracepção. Tendo em conta que o uso de métodos de contracepção é uma medida para evitar gravidezes indesejadas, incluindo na adolescência, este padrão sugere que as adolescentes adoptam os métodos de contracepção depois de terem tido uma experiência de gravidez na adolescência. Este facto é suportado pelo facto de o uso de métodos de contracepção entre jovens e adolescentes sexualmente activas e não grávidas em Moçambique ser muito baixo (cerca de 8% em 2011).

A exposição aos *media*, em particular a escuta regular da rádio, tende a ter um efeito negativo na probabilidade de uma maternidade precoce (Mahy & Gupta, 2002). Uma vez que a informação sobre a frequência com que as inquiridas escutam rádio não foi recolhida no IDS de 1997, esta variável não foi incluída nos modelos I e II. No entanto, para avaliar o seu potencial efeito na maternidade precoce, foram ajustados modelos separados às bases dos IDS de 2003 e 2011 e ao somatório dos casos destas duas bases (resultados não apresentados), mas os resultados não revelaram nenhum efeito estatisticamente significativo nem alteraram de forma significativa os coeficientes de regressão nas outras variáveis incluídas nos modelos.

Igualmente, também foi avaliado o efeito das condições socioeconómicas dos agregados familiares das adolescentes, através da inclusão nos modelos separados das bases de 2003 e 2011 do quintil de riqueza (resultados não apresentados), não tendo, também, revelado nenhum efeito significativo.

Discussão e conclusão

O objectivo principal deste capítulo era o de avaliar a tendência e os factores associados à maternidade precoce em Moçambique. Esta análise afigura-se importante no desenho e implementação de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva dos jovens e adolescentes.

A análise, que se baseou nos dados dos três IDS realizados em Moçambique (IDS de 1997, 2003 e 2011), confirma Moçambique como um dos países onde as mulheres começam a procriação numa idade muito jovem. Apesar de, durante o período de 1997 a 2011, o nível de escolarização das adolescentes (15-19 anos) ter aumentado significativamente, a percentagem de adolescentes que já iniciaram a procriação manteve-se em torno dos 40%, podendo ter consequências negativas para a saúde das jovens mães e dos seus filhos e comprometer as suas aspirações profissionais no futuro.

Análise multivariada, através da regressão logística, foi utilizada para avaliar o efeito independente de factores socioeconómicos na probabilidade de início precoce da procriação. Contrariamente à expectativa e aos resultados de estudos de outros países de África (Beguy *et al.*, 2013; Gupta & Mahy, 2003), o nível de educação não revelou nenhum efeito depressivo sobre a probabilidade de início precoce da procriação. Pelo contrário, num dos dois modelos, o ajustado a mulheres entre 15 e 19 anos, o nível secundário ou superior aumenta o risco de início precoce de procriação, em comparação com nenhum nível. Provavelmente, o enfraquecimento do controlo familiar sobre as adolescentes, por elas passarem mais tempo na escola do que em casa, poderá ser um dos factores que explicam este padrão (Beguy *et al.*, 2013). Num estudo nas áreas suburbanas de Nairobi, no Quénia, Beguy *et al.* (2013), constataram que o controlo social (se os pais ou encarregados de educação sabem onde e com quem as adolescentes estavam, o que faziam nos tempos livres, que programas de televisão e filmes elas assistiam) das adolescentes entre 15 e 17 anos reduzia o risco de terem filhos em pelo menos 40%. Por outro lado, o ambiente escolar pode ser favorável para a

prática de sexo não protegido entre adolescentes. Num estudo no Estado de Anambra, na Nigéria, Onyeka *et al.* (2012) reportam que a prevalência de gravidezes indesejadas entre adolescentes do ensino secundário era elevada, particularmente entre as mais novas, por dificuldades de acesso e falta de habilidade para o uso de métodos de contracepção.

O enfraquecimento do controlo parental ou social sobre as adolescentes também pode, em parte, explicar o facto de um dos modelos ajustados neste estudo ter revelado um maior risco de maternidade precoce entre adolescentes urbanas do que entre as rurais. Estudos mostram que a urbanização tem potencial para influenciar o ambiente que rodeia os adolescentes e que é geralmente associada a uma maior exposição ao mundo exterior e a fontes de diversão. Em entrevistas aos pais e encarregados de educação em três cidades de Moçambique (Maputo, Quelimane e Lichinga), Arnaldo e Frederico (No prelo) revelam que eles se queixam da exposição das adolescentes a factores que podem antecipar o início da actividade sexual e ao facto de eles, os pais, terem menor controlo sobre o que as adolescentes fazem ou assistem na televisão.

O maior efeito depressivo sobre a maternidade precoce é exercido pela idade ao início da actividade sexual e ao primeiro casamento. As mulheres com idades entre 18 e 24 anos que iniciaram a sua actividade sexual depois dos 15 anos são 60% menos susceptíveis de terem tido um filho na adolescência, em comparação com as suas homólogas que iniciaram a actividade sexual antes dessa idade. Casar depois dos 15 anos reduz a maternidade precoce entre 50 (Modelo I) e 75% (Modelo II), em comparação com casar antes dos 15 anos. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores feitos em outras partes do mundo (Meekers, 1994) e sugerem que, num contexto de ausência de protecção devido ao baixo uso de métodos de contracepção, o início da exposição ao risco de procriação é determinante na probabilidade de uma maternidade precoce. Com efeito, e apesar de o conhecimento de métodos de contracepção entre jovens e adolescentes ser quase universal, não é suficiente para permitir a sua maior utilização pelas adolescentes. Em 2011, por exemplo, apenas 15% das adolescentes sexualmente activas entre 15 e 19 anos declararam usar algum tipo de contracepção (INE & MISAU, 2013).

Embora a utilização de contracepção seja considerada crucial para prevenir gravidezes indesejadas, muitas das quais podem ou poderiam resultar em maternidade precoce, os resultados deste estudo mostram que a

experiência de uso de métodos de contracepção está positivamente associada a um maior risco de maternidade precoce. Hipoteticamente, isto pode sugerir que a experiência de contracepção é posterior à experiência de gravidez ou maternidade precoce. Dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) mostram que apenas 23% das jovens entre 15 e 19 anos usaram contracepção na primeira relação sexual (INS, INE & ICF Macro, 2010).

Referências bibliográficas

- Agadjanian, V. 1999. “As Igrejas Zione no espaço sociocultural de Moçambique urbano, anos 1980 e 1990.” *Lusotopie*: 415-423.
- Arnaldo, C. 2013. “Fecundidade em Moçambique nos últimos 50 anos: alguma mudança?” Pp. 37-60 in C. Arnaldo & B. M. Cau (eds.), *Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde.
- Arnaldo, C. & M. Frederico. No prelo. “Nível, Tendência e Determinantes de Gravidez Precoce entre Adolescentes e Jovens em Moçambique.” Maputo: Centro de Estudos Africanos, Universidade Eduardo Mondlane.
- Arthur, S., M. Bangha, & O. Sankoh. 2013. “Review of Contributions from HDSSs to Research in Sexual and Reproductive Health in low and Middle-income Countries.” *Tropical Medicine and International Health* 18(12): 1463-1487.
- Baldwin, W. & V. S. Cain. 1980. “The Children of Teenage Parents ” *Family Planning Perspective* 12: 34 – 43.
- Beguy, D., R. Ndugwa, & C. W. Kabiru. 2013. “Entry into Motherhood among Adolescent Girls in two Informal Settlements in Nairobi, Kenya.” *Journal of Biosocial Sciences* 45: 721-742.
- Brito, R. C. d. O. 2009. “Gravidez na Adolescência: Principais informações e consequências para alunas da rede pública estadual.” *Monografia*

de Especialização. Belo horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

- Caputo, V. G. & I. A. Bordin. 2008. "Gravidez na Adolescência e Uso Frequente de Álcool e Drogas no Contexto Familiar." *Revista de Saúde pública* 42(3): 402 – 410.
- Chalem, E., S. S. Mitsuhiro, C. P. Ferri, M. C. M. Barros, R. Guinsburg, & R. Laranjeira. 2007. "Gravidez na Adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil." *Cadernos de Saude Publica* 23(1): 177-186.
- Dias, A. B. & E. M. L. Aquino. 2006. "Maternidade e Paternidade na Adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil." *Cadernos Saude Pública* 22(7): 1447-1458.
- Doyle, A. M., S. N. Mavedzenge, M. L. Plummer, & D. A. T. Ross. 2012. "The Sexual Behaviour of Adolescents in sub-Saharan Africa: patterns and trends from national surveys." *Tropical Medicine and International Health* 17(7): 796-807.
- Ferreira, P. M. 2008. "A maternidade Precoce: tendência e perfis." *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 26(1): 63-76.
- Figueredo, B. 2000. "Maternidade na Adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais." *Análise Psicológica* 4(XVIII): 485-498.
- Gama, S. G. N., C. L. Szwarcwald, & M. C. Leal. 2002. "Experiência de Gravidez na Adolescência, Factores Associados e Resultados Perinatais entre Puérperas de Baixa Renda." *Caderno Saude Pública* 18(1): 153 – 161.
- Gupta, N. & M. Mahy. 2003. "Adolescent Childbearing in sub-Saharan Africa: Can increased schooling alone reise ages at first birth?" *Demographic Research*. Article 4: 94-106.
- Halli, S. S. & V. V. Rao. 1992. *Advanced Techniques of Population Analysis*. New York: Plenum Press.

- Hindin, M. J. 2012. "The Influence of Women's Early Childbearing on Subsequent Empowerment in sub-Saharan Africa : A Cross-National Meta Analysis." *International Center for Research on Women. Fertility & Empowerment Working Paper Series. 003-2012-ICRW-FE*. Washington, D.C.
- INE & MISAU. 1998. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 1997. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE & MISAU. 2005. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE & MISAU. 2013. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2011. Calverton, Maryland, USA: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística & ICF International.
- INS, INE, & ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro.
- Kassar, S. B. 2006. "Comparações das Condições Socioeconómicas e Reprodutivas entre Mães Adolescentes e Adultas Jovens em Três Maternidades Públicas de Maceió, Brasil." *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil* 6(4): 4 – 5.
- Leal, D. M. M. 2006. Impacto da Gravidez na Adolescência no Distrito da Guarda. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências de Saúde.
- Magadi, M. A. & A. O. Agwanda. 2009. "Determinants of Transitions to first Sexual Intercourse, Marriage and Pregnancy among Female adolescents: evidence from south Nyanza, Kenya." *Journal of Biosocial Sciences* 41: 409-427.
- Mahy, M. & N. Gupta. 2001. "Trends and Differentials in Age at First Birth in sub-Saharan Africa." *Paper Presented at the XXIVth IUSSP General Population Conference. Salvador, Brazil. August 2001.*

- Mahy, M. & N. Gupta. 2002. *Trends and Differentials in Adolescent Reproductive Behavior in sub-Saharan Africa*. DHS Analutical Studies No. 3. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Marteleteo, L., D. Lam, & V. Ranchhod. 2006. "Schooling and Early Childbearing in Urban South Africa." *Research Report 06-610*. University of Michigan, Institute for Social Research, Population Studies Center.
- Meekers, D. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in sub-Saharan Africa." *Population Studies* 48(1): 47-64.
- Nascimento, M. G. 2011. "Adolescentes Grávidas: a vivência no âmbito familiar e social." *Adolescência e Saúde* 8(4): 41-47.
- National Research Council. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C.: National Academic Press.
- Oliveira, T., Z. Anastácio, & G. S. d. Carvalho. 2010. "Convergência e divergência na percepção de jovens grávidas e professores com formação específica em educação sexual sobre gravidez na adolescência." Pp. 374-391 in H. Pereira, L. Branco, F. Simões, G. Esgalhado, & R. M. Afonso (eds.) *Educação para a Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado: Actas do 3º Congresso Nacional de Educação para a Saúde e do 1º Congresso Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Onyeka, I. N., J. Miettola, A. I. Ilika, & T. Vaskilampi. 2012. "Becoming Pregnant during Secondary School: Findings from Concurrent Mixed Methods Research in Anambra State, Nigeria." *East African Journal of Public Health* 9(1): 19-25.
- Oyefara, J. L. 2009. "Socio-Economic Consequences of Adolescent Childbearing in Osun State, Nigeria." *KASBIT Business Journal* 2 (1 & 2): 1-18.
- Paiva, V., F. Aranha, & F. I. Bastos. 2008. "Opiniões e Atitudes em Relação à Sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005." *Revista de Saúde pública* 42(1): 54 – 64.

- Pelloso, S. M., M. D. d. B. Carvalho, & E. A. De Souza. 2002. “O Vivenciar da Gravidez na Adolescência.” *Acta Scientiarum* 24(3): 775-781.
- Pirotta, K. C. M. & N. Schor. 2004. “Intenções Reprodutivas e Práticas de Regulação da Fecundidade entre Universitários.” *Revista de Saúde pública* 38(4): 495 – 502.
- Population Reference Bureau. 2013. 2013 World’s Youth Data Sheet. <http://www.prb.org/pdf13/youth-data-sheet-2013.pdf> (Acedido em 01.09.2014).
- Retherford, R. D. & M. K. Choe. 1993. *Statistical Models for Causal Analysis*. New York: John Wiley.
- UNFPA. 2013. Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. United Nations Fund for Population Activities. New York.
- United Nations. 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations Economic Commission for Africa. 2013. “*Adolescent and Youth Fertility in Africa: Trends, Disparities and Challenges*.” *Policy Brief No. 7*. Addis Ababa.
- Vitalle, M. S. d. S. & O. M. S. Amâncio. 2001. “Gravidez na Adolescência.” *Brazilian Pediatric News* 3(3): 1-12.
- Yavuz, S. 2010. “Changes in Adolescent Childbearing in Morocco, Egypt and Turkey.” DHS Working Papers No. 75. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.
- Zabin, L. S. & K. Kiragu. 1998. “The Health Consequences of Adolescent Sexual and Fertility Behavior in sub-Saharan Africa.” *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232

Capítulo 6

DETERMINANTES DO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL REPRODUTIVA PELAS MULHERES JOVENS EM MOÇAMBIQUE: ESTADO ACTUAL E IMPLICAÇÕES

Baltazar Chilundo

Ana Jacinto

Introdução

Como em muitos outros países da África Subsaariana, Moçambique assumiu o compromisso de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e reduzir o rácio de mortalidade materna em três quartos até 2015. Desde 2008, o país lançou sucessivamente a Campanha Presidencial para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2008), o Guia Nacional de Aceleração da Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2008), o Plano Nacional Integrado para o Alcance dos ODM 4 e 5 (2009), a Parceria Nacional para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2010) e a Estratégia de

Planeamento Familiar e Contracepção 2010 – 2015 (2020). Mais recentemente, o Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS 2014 – 2019) definiu como 1ª prioridade do sector “acelerar os progressos na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral” (MISAU, 2014:39).

As políticas e documentos estratégicos descritos acima expressam forte compromisso, ao mais alto nível político, entre governo e parceiros de desenvolvimento no que respeita a saúde materna, infantil e neonatal. Apesar deste compromisso, Moçambique tem um dos mais altos índices de mortalidade materna no mundo, estimada pelo Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011 em 408 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos (INE, 2013). É uma melhoria em relação a 1997, onde o rácio de mortalidade materna foi estimado em 692 por cada 100.000 nascimentos (INE & Macro International Inc., 1998), mas ainda é demasiado elevado e não demonstrou variação relativamente aos dados do IDS 2003 (INE, 2004). Existem vários determinantes¹ que contribuem para o alto rácio de mortalidade materna em Moçambique. Os determinantes mais importantes estão relacionados com a utilização de serviços de saúde materna, especificamente os partos institucionais, assistidos por pessoal qualificado, os cuidados obstétricos e neonatais de emergência e o uso de contraceptivos modernos que afectam a mulher jovem (que representa 20% de todas as mulheres). Este capítulo debruça-se sobre a percepção dos determinantes que condicionam o uso adequado desses serviços em Moçambique, analisando-os em dois lados interligados: barreiras do lado da demanda e do lado da oferta dos serviços.

Assim, o capítulo apresenta, sucessivamente, o quadro conceptual que mostra como os determinantes de demanda e de oferta influenciam o uso das maternidades e do planeamento familiar, os objectivos do estudo, os resultados, a sua discussão, as conclusões e as recomendações.

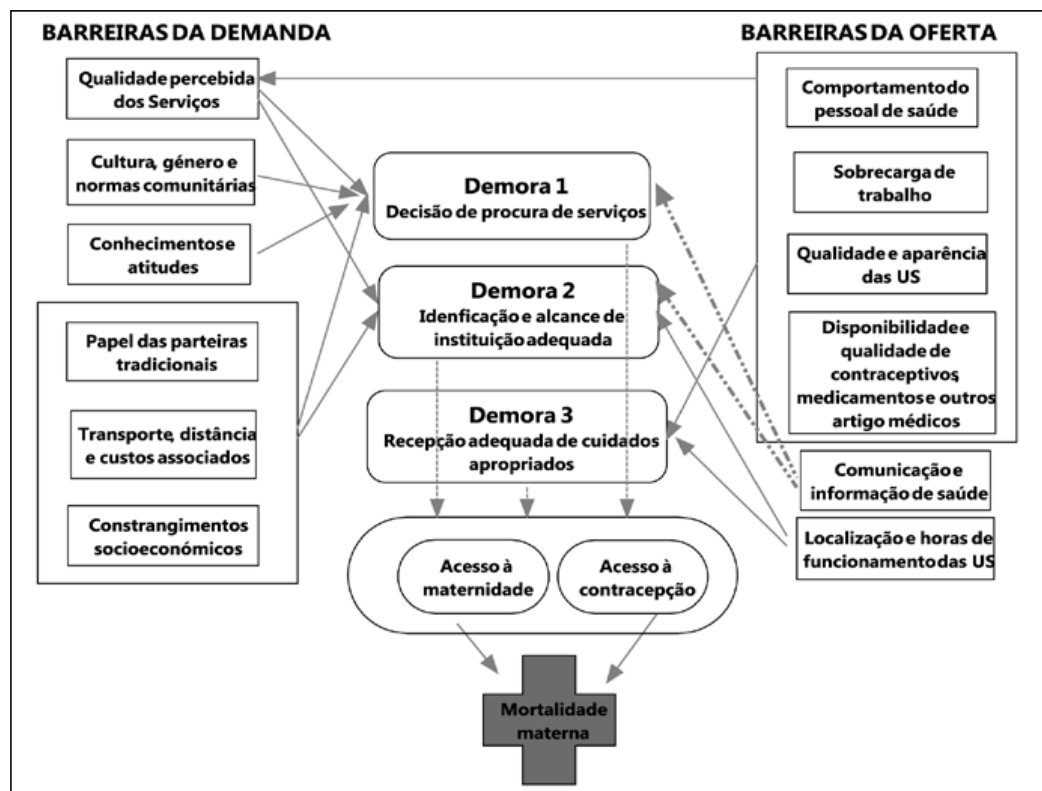
Quadro conceptual e domínio do problema

Numerosos estudos na região têm usado o modelo lógico “*three delays*” (três demoras) para examinar os determinantes que levam à mortalidade materna – a demora em procurar os serviços, a demora em identificar e alcançar uma

¹ O termo *determinantes* indica os factores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos, comportamentais, estruturais e de disponibilidade de serviços que influenciam na utilização de serviços de saúde pelas mulheres jovens, originando, assim, mais problemas de saúde e maior risco de mortes maternas CSDH (2008).

instituição adequada que provê tais serviços e a demora em receber os cuidados adequados e apropriados (Thaddeus & Maine, 1994). Baseando-nos neste modelo, é possível de forma simples agrupar os determinantes que influenciam a demora para que uma mulher dê à luz o seu bebé nas maternidades ou tenha acesso a métodos modernos de contracepção e, assim, consiga manter a sua saúde, evitando deste modo a morte. A Figura 6.1 ilustra o modelo conceptual, destacando como os determinantes de demanda e de oferta podem levar às três demoras apresentadas por Thaddeus e Maine (1994) no acesso a maternidades e contracepção pela mulher jovem, contribuindo assim para a mortalidade materna.

Figura 6.1: Quadro conceptual para análise dos determinantes da demanda e da oferta que influenciam as Três Demoras para partos institucionais e contracepção.



Fonte: Adaptado de Thaddeus e Maine (1994).

Determinantes da demanda geralmente afectam as Demoras 1 (decisão de procurar cuidados) e 2 (identificação e alcance duma instituição adequada que provê tais serviços). Contacto prévio com o sistema de saúde (seja pela própria utente ou através de familiares, amigas ou vizinhas) afecta

directamente a qualidade percebida dos serviços existentes, e a mulher pode não pretender voltar mais para uma consulta de planeamento familiar ou para um parto na maternidade. Igualmente, o nível de conhecimentos e atitudes, assim como aspectos de cultura, género e normas comunitárias podem contribuir para que uma mulher jovem não faça planeamento familiar ou não procure as maternidades. O papel das parteiras tradicionais (PT), longas distâncias para alcançar uma unidade sanitária (US), dificuldades de acesso ao transporte, associadas aos custos e dificuldades socioeconómicas, podem afectar largamente as Demoras 1 e 2 (veja por exemplo: Sorensen *et al.*, 2011, Essendi *et al.*, 2010). Determinantes da oferta de serviços geralmente afectam a Demora 3 (atendimento adequado e cuidados apropriados). Disponibilidade, qualidade, custos, comportamento, competência e carga de trabalho dos provedores de saúde constituem alguns dos exemplos que podem afectar a disponibilidade de serviços para a mulher jovem.

Ter um parto assistido por pessoal qualificado é largamente considerado a intervenção mais importante para reduzir a mortalidade materna, mas os seus efeitos tornam-se mais importantes quando ela é combinada com outras intervenções num ambiente adequado para a prestação de cuidados que possam salvar uma vida (WHO, 2004). O esforço nacional para aumentar o número de partos institucionais tem levado a um aumento constante no atendimento especializado do nascimento, passando de 44%, em 1997 (INE & Macro International Inc., 1998), para 48%, em 2003 (INE *et al.*, 2005), e 55%, em 2008 (INE *et al.*, 2009). Contudo, a taxa de assistência ao parto por um profissional de saúde reduziu ligeiramente, para 54% em 2011 (44% nas zonas rurais). As províncias da Zambézia e de Cabo Delgado possuem as taxas mais baixas de partos institucionais (26% e 36%, respectivamente) (INE, 2011). Estas tendências indicam que, apesar dos progressos gerais, a percentagem de partos que ocorre sem um provedor especializado ainda é alta, e muitas mulheres moçambicanas continuam a contar com as PT para assistir ao parto. As baixas taxas de assistência ao parto por um profissional especializado, juntamente com o baixo uso de contraceptivos modernos, são os principais desafios para atingir as metas dos ODM.

O uso de métodos contraceptivos modernos entre as mulheres em união (casadas ou vivendo maritalmente) permanece baixo, apesar do seu papel reconhecido na redução da mortalidade materna. De 1997 a 2003, a taxa de prevalência de contraceptivos modernos aumentou de 5,1% para 11,7% (INE & Macro International Inc., 1998, INE *et al.*, 2005). Desde então, a

prevalência do uso de contraceptivos modernos tem estagnado, aumentando apenas ligeiramente para 12,2%, em 2008 (INE *et al.*, 2009), e decrescendo para 11,3%, em 2011 (INE, 2013). O baixo uso de contracepção afecta a capacidade das mulheres para a escolha do momento ideal e do espaçamento saudável das gravidezes², levando a um maior risco de mortalidade materna e infantil.

Como evidenciado pelos resultados do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008 (INE *et al.*, 2009) e pelo IDS 2011 (INE, 2013), existe uma significativa divisão entre rural-urbano e grandes disparidades entre províncias, que agravam ainda mais o acesso a serviços de saúde pelas mulheres jovens (Tabela 6.1). Por exemplo, a segunda província mais populosa do país, a Zambézia, tem a mais baixa taxa de uso de métodos modernos de contracepção, bem como de partos institucionais, com uma tendência regressiva de 2008 para 2011. As províncias de Cabo Delgado (região Norte) e de Inhambane (região Sul) também têm baixas taxas de uso de métodos contraceptivos modernos e de partos institucionais.

Como ilustrado na Figura 6.2 do ciclo vital de saúde da mulher e da criança, as taxas de cobertura de planeamento familiar (PF) e de partos institucionais na Zambézia, Cabo Delgado e Inhambane são muito baixas, em comparação com as coberturas de Consultas Pré-Natais (CPN), de vacina pentavalente DPT-HepBHib3 (3ª dose de vacina contra difteria, pertussis, tétano, hepatite B e hemófilos influenza) e Pólio 3 (3ª dose de vacina contra poliomielite). Estas desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de PF e das maternidades requerem uma investigação mais aprofundada para que as suas causas possam ser resolvidas.

² A escolha do momento ideal e o espaçamento saudável das gravidezes é uma intervenção que ajuda as mulheres e as famílias a atrasar ou a espaçar as suas gravidezes, de forma a alcançar uma melhor saúde para as mulheres, para os recém-nascidos e as crianças, dentro do contexto de uma escolha informada e livre, tendo em atenção as intenções reprodutivas e o desejo do tamanho da família. A estratégia inclui três mensagens chave: (i) para a saúde da mãe e do bebé, as mulheres e os casais devem esperar 24 meses depois de um nascimento para ficarem grávidas novamente; (ii) as mulheres e os casais devem esperar pelo menos 6 meses depois de um aborto para tentarem engravidar novamente; e (iii) as mulheres jovens e os casais devem atrasar a gravidez pelo menos até aos 18 anos de idade.

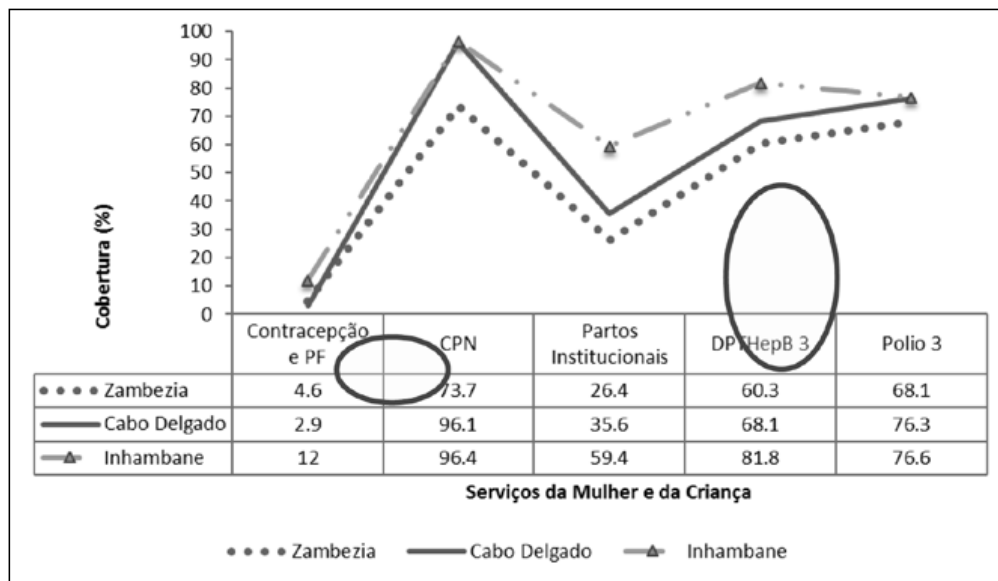
Tabela 6.1: Proporção de mulheres de idade entre 15 e 49 anos que tiveram um parto institucional, e proporção de mulheres de idade entre 15 e 49 anos, em união, que estavam a usar um método moderno de contraceção no momento do inquérito, por área de residência (urbano/rural), região e província, em Moçambique: comparação entre os dados do MICS 2008 e do IDS 2011

Regiões e províncias		Proporção de mulheres de 15 a 49 que tiveram um parto institucional			Proporção de mulheres de 15 a 49 em união que usam um método contraceptivo moderno		
		MICS 2008 (%)	IDS 2011 (%)	Tendência	MICS 2008 (%)	IDS 2011 (%)	Tendência
	Urbano	80,7	80,3	Decrescente	21,6	21,1	Decrescente
	Rural	48,9	44,3	Decrescente	8,0	7,2	Decrescente
Norte	Niassa	74,8	60,3	Decrescente	12,8	11,2	Decrescente
	Cabo Delgado*	45,5	35,6	Decrescente	3,0	3,1	Crescente
	Nampula	60,8	55,3	Decrescente	3,8	5,0	Crescente
Centro	Zambézia*	40	26,4	Decrescente	8,4	4,6	Decrescente
	Tete	49,5	51,7	Decrescente	17,2	15,1	Decrescente
	Manica	56,5	74,0	Crescente	9,9	12,5	Crescente
	Sofala	64,9	71,1	Crescente	11,1	8,0	Decrescente
Sul	Inhambane*	61,6	59,4	Decrescente	17,1	12,0	Decrescente
	Gaza	68,1	71,1	Crescente	17,1	18,2	Crescente
	Maputo Província	75,4	84,0	Crescente	32,4	32,8	Crescente
	Maputo Cidade	93,1	90,8	Decrescente	32,9	35,1	Crescente
Média Nacional		55	54,3%	Decrescente	12,2	11,3	Decrescente

*Indica as províncias mais críticas por cada região na utilização dos serviços de saúde reprodutiva, sendo alvo de análise neste capítulo

Fonte: INE *et al.* 2009, 2013.

Figura 6.2: Relação dos indicadores do ciclo vital de saúde das mulheres em idade reprodutiva nas províncias de Zambézia, Cabo Delgado e Inhambane, IDS 2011.



Fonte: INE *et al.* 2013.

Objectivos

Os principais objectivos deste estudo são (i) explorar determinantes da demanda e da oferta que impedem que mulheres jovens usem maternidades e (ii) explorar determinantes da demanda e da oferta que impedem que mulheres jovens tenham acesso aos métodos modernos de contracepção.

Dados e métodos

Este capítulo resulta essencialmente de pesquisa original e primária efectuada pela Organização Não Governamental (ONG) Pathfinder International em Moçambique, com financiamento da Agência Britânica para o Desenvolvimento UKAID (Chilundo *et al.*, 2013).

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso qualitativo e retrospectivo, consistindo em entrevistas em profundidade e entrevistas com informadores-chave em três províncias com os indicadores de saúde materna mais críticos (Cabo Delgado, Zambézia e Inhambane) em Moçambique (Figura 6.2).

Locais e período do estudo

O estudo foi realizado em seis distritos. Em cada uma das três províncias foram seleccionados os dois distritos que tinham a cobertura mais baixa e a cobertura mais alta de partos institucionais, respectivamente. Os distritos seleccionados foram Namuno e Ancuabe, em Cabo Delgado; Quelimane e Mopeia, na Zambézia, e Cidade de Inhambane e Homoine em Inhambane (Figura 6.3). A recolha de dados decorreu de 19 de Novembro a 19 de Dezembro de 2012.

Figura 6.3: Mapa de Moçambique com os locais do estudo assinalados pelo ponto vermelho



Fonte: Chilundo *et al.* (2013).

Participantes do estudo e selecção

O núcleo do presente estudo é formado pelas entrevistas qualitativas. Foram realizadas entrevistas em profundidade e entrevistas com informadores-chave aos níveis distrital, provincial e central.

Os participantes foram recrutados de diferentes formas, de acordo com o papel prestado. Basicamente, os entrevistados de nível comunitário foram referidos pelos líderes comunitários, parteiras tradicionais e utentes das unidades sanitárias. Os restantes entrevistados foram seleccionados com base na posição que ocupam no sistema de saúde e na sua disponibilidade. Das 241 entrevistas planificadas, foi realizado um total de 233: 71 em Cabo Delgado, 77 na Zambézia, 78 em Inhambane e 7 de nível central, na cidade de Maputo. As tabelas 6.2 e 6.3 apresentam o número de pessoas entrevistadas por tipo, localização e função, para Cabo Delgado, Zambézia e Inhambane e para o nível central, respectivamente.

Tabela 6.2: Número de pessoas entrevistadas por tipo, localização e função a nível comunitário e nível distrital

Tipo de entrevistado	Locais do Estudo: Províncias e Distritos						Total
	<i>Cabo Delgado</i>		<i>Zambézia</i>		<i>Inhambane</i>		
	Namuno (rural)	Ancuabe (Rural)	Mopeia (rural)	Quelimane (urbano)	Homoíne (rural)	Inhambane (urbano)	
1. Nível distrital							
Mulheres (16 a 18 anos) com crianças, casadas/ em união marital	6	3	5	3	3	4	24
Mulheres (18 a 25 anos) com crianças	3	6	4	5	5	7	30
Mulheres (com mais de 25 anos) com crianças	3	3	5	7	4	5	27
Parceiros das mulheres com crianças	3	4	3	3	2	3	18

Tabela 6.2. Continuada.

Sogras de mulheres com crianças ou mães de mulheres com crianças	5	6	5	5	4	5	30
Praticantes de Medicina Tradicional/Parteiras Tradicionais	6	7	4	6	6	8	37
Líderes Religiosos - Católicos, Protestantes, Muçulmanos	2	2	4	3	3	3	17
Líderes Comunitários	1	0	1	1	1	1	5
Enfermeiras de SMI/ Directores das US	2	3	3	2	3	3	16
Gestores Distritais de Saúde	2	0	2	2	2	2	10
Total	33	34	36	37	33	41	214

Nota: SMI- Saúde materno-infantil; US –Unidade sanitária.

Fonte: Chilundo *et al.* (2013).

Tabela 6.3: Número de pessoas entrevistadas por tipo, localização e função por nível provincial e central

	Provincia			Total
	Cabo Delgado	Zambézia	Inhambane	
2. Nível Provincial				
Director Provincial de Saúde	0	1	1	2
Chefe dos Serviços de SMI	1	2	1	4
Director dos Hospitais Provinciais	2	0	1	3
Médico-Chefe Provincial	1	1	1	3
Total	4	4	4	12
	Gestores Nacionais			
3. Nível Central	Entrevistados			
Ministerio da Saude	4			
Membros de agências de cooperação	2			
Membros de ONG Nacionais & Internacionais	1			
Total	7			

Fonte: Chilundo *et al.* (2013).

Cada província teve um supervisor de campo treinado pelo investigador principal, que, por sua vez, recrutou e treinou dois entrevistadores de campo por província. Os entrevistadores de campo receberam uma formação de três dias em métodos de pesquisa qualitativos, incluindo a prática de entrevistar, antes do início da recolha dos dados.

Ao nível distrital, os participantes do estudo incluíram mulheres jovens (dos 16 aos 24 anos) e mulheres adultas (mais de 25 anos) que tiveram parto nos últimos 12 meses; as suas mães, sogras e parceiros; parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional, líderes religiosos, líderes comunitários; provedores de saúde, incluindo enfermeiras de saúde maternal e infantil (SMI) trabalhando nas maternidades, directores das unidades sanitárias, directores de saúde distritais e médicos-chefe por cada distrito. O estudo procurou recrutar jovens com idades entre os 16 e os 18 anos, porque, em Moçambique, tanto a actividade sexual como a maternidade são iniciadas em idades jovens, sendo importante perceber os determinantes que estas jovens mulheres enfrentam para aceder às maternidades. Ao nível provincial, os participantes recrutados para o estudo incluíram o Director Provincial de Saúde, o Médico-Chefe Provincial, o Director do Hospital Provincial e o Director Provincial dos Serviços Obstétricos. Finalmente, a nível central, o estudo incluiu oficiais do MISAU, bem como membros de ONG e parceiros de agências de cooperação que apoiam programas de saúde materna em Moçambique.

Foram concebidos guiões de entrevistas semi-estruturadas para cada grupo-alvo, que foram imediatamente testados depois da aprovação ética e científica, pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde, e administrativa, pelo Ministro da Saúde.

Todas as entrevistas foram realizadas em locais identificados e acordados pelos participantes do estudo. Não foram pedidos nomes ou identificadores pessoais para além da idade, sexo, ocupação, estado marital e número de filhos. A duração das entrevistas variou entre os 20 e os 80 minutos, influenciada muitas vezes pela pressão dos gestores ou pelas respostas dos participantes. As entrevistas foram realizadas em Português, sempre que possível, mas algumas entrevistas em profundidade com os participantes comunitários foram realizadas em línguas locais (Macua, Sena, Lomué, Chuabo e Bitonga).

No campo, além de problemas com a língua, também foram encontrados problemas na identificação das mulheres que tiveram parto

fora da comunidade, incluindo os seus familiares, quer nas áreas urbanas quer nas rurais. Também foram encontrados problemas no agendamento das entrevistas no nível central, com algumas entrevistas a serem adiadas várias vezes e com casos de ausência de resposta aos nossos pedidos.

Tendo em conta o volume da informação obtida através das metodologias qualitativas, é uma prática recorrente gravar as entrevistas. Foi pedido aos participantes que dessem o seu consentimento para a gravação das entrevistas e as entrevistas foram digitalmente gravadas e transcritas. As entrevistas realizadas em línguas locais foram traduzidas para o Português durante o processo de transcrição.

Análise

A estrutura dos códigos foi desenvolvida pelo investigador principal. Esta estrutura foi depois discutida e partilhada com os outros cinco pesquisadores de nível central num seminário realizado na cidade de Maputo. As análises foram realizadas pela equipa de pesquisadores, usando a versão 10 do NVIVO. Quatro investigadores aplicaram os códigos sistematicamente aos dados obtidos e identificaram padrões e frequências.

Estado actual dos determinantes do uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva

Os resultados desta pesquisa estão organizados em duas grandes categorias: (i) determinantes sobre o uso de maternidades pelas mulheres jovens; (ii) determinantes sobre o uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres jovens. Em ambas categorias, são descritos determinantes do lado da demanda, incluindo conhecimento e atitudes, normas culturais e género, percepções sobre a qualidade dos serviços, transporte e distância, constrangimentos socioeconómicos e papel das parteiras tradicionais e determinantes do sistema de saúde (do lado da oferta), sobretudo comportamento do pessoal, a sobrecarga do pessoal, e infra-estruturas para o parto humanizado/consultas de PF. No fim, é feita uma breve análise que destaca as diferenças provinciais sobre os determinantes do uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Determinantes sobre o uso de maternidades pelas mulheres jovens

Conhecimentos e atitudes

O conhecimento sobre os serviços de saúde materna e as atitudes sobre partos institucionais variam consideravelmente. A maioria das mulheres jovens entrevistadas conhece bastante bem as vantagens de ter parto na maternidade e prefere tê-lo na unidade sanitária. As mulheres jovens reconhecem que é mais seguro para elas e para os seus bebés terem parto numa unidade sanitária, e muitas mulheres referem melhoramentos na qualidade dos serviços, fazendo referência às estratégias actuais do governo de oferecer incentivos (cobertores e redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração).³

Enquanto 91% das mulheres em Moçambique procuram as CPN (INE, 2013), algumas mulheres acabam tendo parto fora das maternidades (em casa, no caminho para o hospital, em casa de um membro da família ou com a parteira tradicional). As entrevistadas que tiveram parto fora da maternidade referiram a falta de conhecimento sobre a idade gestacional das suas gravidezes ou a incapacidade de determinar o momento exacto de procurar as maternidades. Este foi o caso de 4 das 11 mulheres de Cabo Delgado (3 são jovens com menos de 18, e 1 com mais de 25 anos), 3 das 14 da Zambézia (2 têm entre 18 e 24 anos, e 1 com mais de 25) e 4 das 16 de Inhambane (2 jovens de 18 anos, e 2 com idade entre 18 e 24).

Outras mulheres jovens, com idade inferior a 18 anos, referem que não conseguiram procurar as unidades sanitárias devido ao desenrolar rápido e inesperado do trabalho de parto:

Como te disse, tive o bebé sozinha, fora da casa. Só estava com a minha filha. Pedi a ela para ir chamar a minha mãe, mas quando ela chegou o bebé já tinha nascido. Foi a segunda vez que tive bebé sozinha... O problema é que tudo foi rápido. Eu, no meu coração, já havia decidido que este bebé ia nascer no hospital, mas foi rápido... Até tinha assinado que seria no hospital. (Mulher entre 16 e 18 anos de idade que teve parto fora da maternidade em Namuno, Cabo Delgado).

³ Desde 2008, o Governo de Moçambique e os seus parceiros de cooperação estabeleceram mecanismos para promover o parto institucional em algumas províncias. Um dos mais proeminentes mecanismos foi a oferta de enxoval à mulher que tem parto numa unidade sanitária (fatinhos de bebé, cobertor, fraldas e uma banheira de bebé).

Cultura e género

A desigualdade de género e os aspectos culturais influenciam o local onde uma mulher tem o parto em Moçambique. O poder da mulher para tomar decisões é limitado pela desigualdade de género. Além disso, existe uma série de aspectos culturais que influenciam a decisão individual e familiar sobre a procura dos serviços para o parto institucional.

A posição dentro do agregado familiar (o nível de autonomia e a autoridade para tomar decisões) influencia significativamente o acesso às maternidades. No geral, há falta de autonomia nas mulheres para tomarem decisões sobre o parto. Muitas das mulheres não procuraram as maternidades, afirmando que os seus parceiros, maridos, sogras ou tias haviam tomado a decisão por elas. Os parceiros foram a barreira mais importante mencionada por praticamente todas as entrevistadas, já que muitas vezes eles detêm o poder da tomada de decisão.

... Essa pessoa que me engravida é que não queria que eu tivesse bebé no hospital ... [ele] desconfiava muito de mim, sim. Por isso, queria que eu fosse ter o bebé na comunidade, junto da irmã dele... A mulher na comunidade não tem decisão, sim... (Mulher entre 19 e 25 anos de idade que teve parto fora da maternidade em Ancuabe, Cabo Delgado).

Informadores-chave do nível nacional referiram que os papéis de género e a influência dos parceiros são uma barreira aos partos institucionais, principalmente para as mulheres jovens das áreas rurais. Dado o papel dos parceiros na tomada de decisão, no que diz respeito aos partos institucionais, os informadores-chave realçam a importância de envolver os homens na saúde materna e neonatal, para darem apoio instrumental no acesso aos serviços.

Percepções sobre a qualidade dos serviços

A maioria das entrevistadas afirmou que a qualidade dos serviços das maternidades é aceitável – e, notavelmente, muitos entrevistados comunitários responderam que a qualidade dos serviços tem vindo a melhorar ao longo dos tempos nas três províncias. No entanto, ainda existem preocupações sobre este aspecto, parcialmente explicada pela proporção significativa de partos fora da maternidade. Estas preocupações incluem questões sobre a qualidade dos cuidados prestados pelas enfermeiras de SMI, médicos e

peçoal serventuário, outros técnicos de saúde. Destacam-se preocupações relacionadas com enfermeiras de SMI jovens, que têm experiência limitada sobre gravidez e partos.

Transporte e distância

O mau acesso aos serviços de saúde primários e secundários tem sido o maior desafio para o actual governo lidar efectivamente com a saúde materna dos mais necessitados. Os participantes das três províncias partilharam esta preocupação da distância para as unidades sanitárias e os problemas associados ao transporte.

Devido à natureza remota dos distritos de Namuno e Ancuabe, em Cabo Delgado, do distrito de Mopeia, na Zambézia, e do distrito de Homoine, em Inhambane, não existe transporte público na maioria das áreas. As mulheres podem esperar dias sem conseguir um transporte para a unidade sanitária. Os meios de transporte também variam ao longo das províncias, sendo fácil encontrar bicicletas ou bicicletas ambulância nos distritos rurais de Cabo Delgado e de Zambézia. A infra-estrutura deficiente de saúde, as barreiras socioeconómicas e as barreiras físicas também contribuem para os desafios de transporte e de distância. Mesmo com o número crescente de casas de espera da mulher grávida, os informadores rurais referem a necessidade de viajar longas distâncias para obter os cuidados básicos de saúde, particularmente durante a estação chuvosa, e o custo e a disponibilidade de transporte.

A Tabela 6.4 resume as experiências de mulheres pobres de Cabo Delgado, Zambézia e Inhambane que vivem longe das unidades sanitárias e que têm pouca ou nenhuma opção para transporte. Nas comunidades, independentemente do tipo de transporte, a sua indisponibilidade afecta muitas pessoas, especialmente as mulheres jovens com menos de 25 anos de idade.

Mulheres jovens que tiveram parto em casa ou a caminho da unidade sanitária expressaram o seu desejo de ter parto na unidade sanitária, pelo que pedem apoio para transporte.

Tabela 6.4: Exemplos de mulheres que tiveram parto fora da maternidade e mencionaram problemas de transporte e distâncias nas províncias de Cabo Delgado, Zambézia e Inhambane

Idade	Área de residência	Província	Experiência vivida
17 anos	Rural (Namuno)	Cabo Delgado	“o principal motivo que nos leva a ter bebé em casa é o problema de transporte e também da longa distância.”
18 anos	Rural (Homoíne)	Inhambane	“... o hospital é longe, é difícil sair daqui para o hospital, que é longe, e o meu marido não estava perto. Também veio quando já estava quase a ter o parto, era difícil sair de casa para o hospital...”
18 anos	Semi-urbano (Cidade Inhambane)	Inhambane	“Decidiram isso porque o hospital era longe de onde estava, e aí perto há uma parteira... Quando eu comecei, levaram-me para casa da parteira”
24 anos	Rural (Mopeia)	Zambézia	“...nós damos à luz em casa porque aqui no Conho não há maternidade, e daqui para a sede de Mopeia é muito longe, aliado à falta de transporte: não há chapa. Uma mulher que está quase a ter bebé, às vezes não se consegue pôr na bicicleta. E, se for noite, a coisa ainda fica mais complicada...”

Fonte: Chilundo *et al.* (2013).

Praticantes de medicina tradicional e gestores de saúde dos distritos rurais das três províncias reiteraram que a distância e o transporte são as maiores barreiras aos partos nas unidades sanitárias:

É isso que eu digo, que a distância para o hospital é longa. Por isso, frequentemente oiço dizer que alguém faleceu a caminho do hospital ou que acabou tendo o seu bebé no caminho... (Praticante de medicina tradicional, Namuno, Cabo Delgado).

... Ainda temos uma taxa elevada de partos fora da maternidade... Existem muitas mulheres que têm parto fora por causa da distância para a maternidade, que é muito grande. Então, o primeiro ponto é expandir a rede sanitária... (Gestor de saúde distrital, Mopeia, Zambézia).

... Outras dizem que não vão conseguir ir à maternidade porque na nossa zona não há carros para lá, não aceitam andar a pé durante 2h de tempo, grávidas, para a maternidade. Assim, preferem ficar em casa e ter parto com apoio das matronas particulares.... (Parteira tradicional, Homoíne, Inhambane).

As longas distâncias para as unidades sanitárias são agravadas pelas condições físicas de acesso aos distritos rurais remotos que são vulneráveis a cheias durante a estação chuvosa. Bicicletas são o meio de transporte mais popular na Zambézia e em Cabo Delgado, mas não são eficazes como veículo de transporte de emergência nestas áreas.

O uso de casas de espera da mulher grávida, onde as mulheres grávidas podem permanecer até dar à luz, é uma estratégia que visa ultrapassar a distância para as unidades sanitárias. No entanto, foi interessante verificar que sogras, mães e outros informadores-chave mencionaram que as mulheres que têm filhos pequenos não acham viável usar estas casas de espera da mulher grávida por não poderem levar os seus filhos com elas.

Constrangimentos socioeconómicos

É amplamente sabido que os serviços de saúde materna em Moçambique são gratuitos. Apesar de os entrevistados não terem identificado os custos directos do serviço como uma barreira ao parto institucional, as mulheres que tiveram parto na comunidade mencionaram vários custos indirectos (por exemplo: transporte, alimentação dos membros acompanhantes), que limitaram o seu acesso às maternidades nas unidades sanitárias.

O papel das parteiras tradicionais

O factor das grandes distâncias para as unidades sanitárias, as poucas opções de transporte e os custos indirectos associados aos partos institucionais têm implicações sobre o papel das parteiras tradicionais em cada província. A actual estratégia nacional de saúde de Moçambique desencoraja que as parteiras tradicionais assistam a partos em suas casas (MISAU, 2009b). No entanto, nas áreas onde as unidades sanitárias se encontram longe e em grande parte inacessíveis, as parteiras tradicionais são muitas vezes a única opção.

Parteiras tradicionais entrevistadas referiram que estão cada vez mais a encorajar as mulheres a procurarem os serviços de saúde, embora continuem a assistir aos partos na comunidade onde vivem e onde as mulheres não conseguem aceder às unidades sanitárias ou já se encontram num estágio avançado do trabalho de parto. Uma parteira tradicional de zona rural de

Inhambane descreveu o acesso físico às unidades sanitárias como tendo implicações negativas no seu papel. Além disso, as parteiras tradicionais das províncias de Zambézia, Inhambane e Cabo Delgado também referiram o acesso limitado ao transporte durante a noite, tanto nas áreas urbanas como rurais, como razão pela qual muitas mulheres têm parto em casa.

Existem ainda mulheres que preferem que a parteira tradicional assista ao seu parto por temerem que na unidade sanitária lhes façam uma cesariana.

É preferível ter parto com a parteira [tradicional], porque a parteira vê que essa pessoa não está bem, dá remédios para banho, para tirar aquelas coisas que ela está a ver, para você ter bem o parto, enquanto na maternidade, mesmo com aquelas coisas você era capaz de correr risco de ter cesariana. (Mulher de 18 anos de idade que teve parto fora da maternidade na cidade de Inhambane, Inhambane).

Comportamento do pessoal de saúde

As atitudes do pessoal de saúde foram uma questão recorrente que os membros da comunidade apresentaram como sendo uma barreira para os partos institucionais. Mulheres que tiveram parto tanto nas maternidades como fora delas relataram experiências de desrespeito, abuso e negligência pelos provedores de saúde, incluindo enfermeiras de SMI, pessoal de apoio e médicos. Os relatos de conduta não profissional do provedor variaram desde o abuso verbal até à intimidação:

Eu cheguei lá ao hospital, deram-me cama, observaram-me... Então, como uma mulher, sempre que está quase a dar à luz, tem aquelas dores que ela não suporta, uma enfermeirafalou para mim: “você é melhor calar essa sua boca, porque você está a fazer barulho aqui”. Eu não falei nada, porque estava a sentir muitas dores. [e depois] Elas viram que eu não estava a ter uma dilatação normal para ter o parto, e foi então que a outra [enfermeira] disse: “... Vamos-te rasgar essa tua barriga. Tirem-lhe lá sangue para ela ir lá ao bloco. Foram até ao bloco a falarem: “vão lá rasgar-lhe essa barriga; essa aí, para saber, vamos lhe fechar para ela não fazer mais filhos.” (Mulher entre 19 e 25 anos de idade que teve parto na maternidade em Quelimane, Zambézia).

Na primeira gravidez, quando chegou a hora do parto, fui chamar ambulância, mas disseram que não havia ambulância. Teve o bebé em casa. E quando levamos a ela ao hospital, depois do parto, a parteira zangou. Explicamos o que sucedeu. Mas mesmo depois de ter justificado, a decisão dela foi de nos mandar de volta. Ficamos muito tristes com o acto. Daí, a minha filha não foi mais ao hospital por ter medo. (Sogra de uma mulher jovem que teve parto fora da maternidade em Namuno, Cabo Delgado).

Quando chegamos lá, os médicos têm aquela moda de berrar, dizer coisas que, às vezes, não se dizem. (Mulher de 17 anos de idade que teve parto na maternidade em Homóine, Inhambane).

Gestores de saúde das unidades sanitárias dos níveis distrital, provincial e central reconhecem que tem havido alguns casos de comportamentos abusivos no seio dos trabalhadores de saúde nas maternidades. Nos casos mais extremos, os gestores reportaram que situações de negligência acabaram resultando em morte materna.

Sobrecarga de trabalho

A escassez de pessoal e a sobrecarga de trabalho são problemáticas nas províncias de Inhambane e de Cabo Delgado, onde estas questões de recursos variam conforme cada distrito. As mulheres da comunidade reportaram tempo de espera prolongado nas Consultas pré-natal, atingindo entre 6 e 10 horas nos centros de saúde destes distritos.

Nos lugares onde existe escassez de pessoal, a carga de trabalho incontável influencia e desencoraja as mulheres de procurarem os serviços. Enfermeiras de SMI e outros gestores de saúde distritais e provinciais de Inhambane e de Cabo Delgado falaram de como a motivação e as atitudes do pessoal influenciam a qualidade dos serviços de saúde materna. Gestores de saúde a nível nacional enfatizaram que as enfermeiras de SMI são o ponto focal e de intersecção de várias intervenções e, por isso, mais do que qualquer outra categoria, elas estão cada vez mais sobrecarregadas com actividades, pelo que a qualidade do seu trabalho pode ser afectada.

A bicha também... Porque pode-se chegar às 6 e só ser atendida às 12, 13, 14. Está a ver... Podiam melhorar isso... (Mulher de 18 anos de idade que teve parto fora da maternidade, Homóine, Inhambane).

Sim, é melhor mudar mesmo! A gente está a sofrer. Está a ver: com gravidez, sair de casa para uma consulta com o médico. A pessoa chega aqui e fica das 7 horas até às 16 horas. É triste isso! (Mulher de 22 anos de idade que teve parto na maternidade, cidade de Inhambane, Inhambane).

O atendimento aqui no hospital ainda precisa de ser melhorado: as senhoras grávidas ficam horas na bicha à espera do atendimento pelas enfermeiras, mas o bom é que no final todas são atendidas. (Sogra de uma jovem mulher que teve parto na maternidade, Ancuabe, Cabo Delgado)

Determinantes sobre o uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres jovens

Conhecimentos e atitudes em relação aos métodos de contracepção

No geral, muitos entrevistados pareciam otimistas acerca do progresso feito em torno dos conhecimentos e atitudes em relação à contracepção. No entanto, ainda existem alguns equívocos acerca da contracepção e PF na comunidade: as mulheres mencionaram a falta de compreensão dos reais benefícios do PF como uma das principais barreiras (Tabela 6.5).

Tabela 6.5: Exemplos de mulheres expressando falta de conhecimento sobre o PF, por idade, área de residência e província

Idade	Área de Residência	Província	Exemplos de falta de conhecimento de PF/contracepção
18 anos	Rural Ancuabe (Namuno)	Cabo Delgado	“Eu ouvi em casa sobre umas cordas que se ata na cintura e que se sopra e eu fiquei ...”
17 anos	Urbana (Quelimane)	Zambézia	“Eu só sei que é para aquelas que têm muitos filhos, não é para mulheres da minha idade.”

Fonte: Chilundo *et al.* (2013)

Notavelmente, os trabalhadores de saúde realçaram as mensagens em torno da escolha do momento ideal e o espaçamento saudável das gravidezes (em oposição a “não ter nunca mais crianças”), que parece ir de encontro aos desejos de fecundidade das pessoas e estimula as mulheres a procurarem os serviços de PF.

A integração dos serviços e a disponibilidade do PF nos serviços de SMI também ajuda a disseminar a informação sobre o PF. Outras estratégias, como palestras nas unidades sanitárias, anúncios através dos *media* acerca do PF, brigadas móveis nas comunidades para promover o PF e a oferta dos métodos também aparecem como sendo efectivos na promoção do PF.

Determinantes culturais e de género na contracepção

Percepções sobre os métodos modernos de PF são moldadas pela cultura que existe em torno do PF. A cultura engloba as atitudes, normas, práticas, mitos e tabus e a religião das comunidades. Compreender os papéis de

género e como eles são formados é importante para perceber a tomada de decisão em torno da contraceção. Muitos membros da comunidade estão apreensivos em relação ao uso de métodos contraceptivos, porque acreditam que estes métodos podem fazer mal às mulheres ou que as impedem de ter filhos no futuro. Esta foi uma preocupação mencionada pelos membros das comunidades nas três províncias, e que depois se destacou nas experiências descritas pelos provedores na oferta dos serviços de PF.

As preocupações sobre a contraceção e a capacidade de ter filhos no futuro estiveram sempre presentes. Os membros da comunidade acreditam que os métodos modernos de contraceção podem causar infertilidade, particularmente os métodos de longa duração. Em Moçambique, existe uma expectativa cultural de que a mulher tem que ter muitos filhos. Embora esta tendência esteja lentamente a diminuir, ainda persiste nas áreas rurais.

Especialmente em relação aos métodos de longa duração, como o Dispositivo Intra-Uterino (DIU), os membros da comunidade expressaram preocupações sobre a possibilidade de engravidar assim que se interromper o uso do método. Num contexto em que as unidades sanitárias nem sempre estão imediatamente disponíveis, a incapacidade de se auto-administrar um método também molda a percepção que se tem sobre esse método.

Enquanto a cultura alimenta mitos e equívocos sobre a contraceção, as percepções sobre eles também são reflexo das experiências vividas. Embora os entrevistados comunitários não tenham discutido claramente a qualidade dos serviços de PF, as preocupações sobre o DIU aludem à fraca qualidade dos serviços de PF. Apesar de haver uma resistência cultural ao DIU, existe uma necessidade clara de se promover os métodos de contraceção de longa duração. As estratégias para aumentar o uso de métodos de longa duração necessitam de melhoria da qualidade do serviço e, ao mesmo tempo, de promoção da demanda através da desconstrução dos mitos e do uso de mensagens que encorajem o espaçamento saudável.

A aceitação do parceiro para o uso do contraceptivo foi a barreira mais mencionada por todas as entrevistadas nas três províncias, com Inhambane a ser a província onde as entrevistadas mais referiram este constrangimento. As mulheres jovens mencionaram que os parceiros não autorizam que elas usem o método contraceptivo, principalmente as mulheres de Inhambane, onde os seus parceiros são trabalhadores emigrantes nas minas. Os homens

temem que as suas esposas tenham relações extraconjugais enquanto eles se encontram fora.

Os provedores de saúde entrevistados destacaram a importância de envolver os homens, reforçando a ideia de que a contracepção não é somente uma questão das mulheres e que os homens também devem ser envolvidos na tomada de decisão em torno da contracepção.

A influência familiar é um dos factores mais importantes que moldam a decisão acerca da contracepção. Algumas mulheres referiram que as suas famílias influenciam as suas escolhas reprodutivas, desencorajam o uso dos métodos contraceptivos e as encorajam a ter muitos filhos.

Transporte e distâncias

À semelhança dos partos institucionais, a distância e o transporte para a unidade sanitária é uma barreira para iniciar e para continuar com o método contraceptivo. Uma das principais estratégias para superar as barreiras de acesso físico às unidades sanitárias tem sido a das brigadas móveis, que visitam as comunidades remotas com um pacote integrado de cuidados primários de saúde. Esses serviços vão desde a vacinação até à distribuição de contraceptivos (principalmente pílulas e preservativos). Nas províncias, os entrevistados falaram bastante das brigadas móveis, ainda que reconhecessem que são limitadas pela escassez de transporte. Os provedores mencionaram o potencial impacto das brigadas e da sua incapacidade de substituir os cuidados clínicos nas unidades sanitárias.

Apesar de a maioria dos entrevistados ser bastante optimista acerca das brigadas móveis e do seu potencial impacto se forem equipadas decentemente, os provedores de saúde enfatizaram que elas “não são suficientes”. Da mesma forma que as unidades sanitárias, as brigadas móveis têm experimentado frequentes rupturas de *stock* e podem não ter o tipo de métodos que as mulheres na comunidade usam.

Gestão de insumos de contracepção

Uma das principais barreiras ao acesso ao PF e à contracepção é a frequente ruptura de *stock* de contraceptivos. As rupturas de *stock* são frequentes para os métodos mais populares, como a Depo-Provera (injectável), os implantes (que

foram recentemente introduzidos em Moçambique) e, em certa medida, para os contraceptivos orais. Os preservativos e o DIU têm rupturas de *stock* com menos frequência. Com base nas observações dos provedores de saúde, existem várias razões para a escassez de contraceptivos: (i) alta demanda para injectáveis e implantes, em combinação com alguns problemas da cadeia de distribuição, (ii) falta de informação sobre os métodos e os seus efeitos secundários, o que leva à alta demanda de alguns métodos e não uso de outros, nomeadamente o DIU, (iii) falta de comunicação entre o pessoal envolvido na gestão dos insumos a nível distrital e os serviços de SMI, o que leva a atrasos no reabastecimento dos métodos que estão em ruptura, e (iv) falta de pedidos atempados de contraceptivos por parte dos gestores responsáveis pelas farmácias nas unidades sanitárias.

Sobrecarga de trabalho do pessoal

Existem vários factores que influenciam os serviços de PF de qualidade no sistema nacional de saúde em Moçambique. Os resultados indicam um padrão similar ao longo das províncias de Inhambane, Zambézia e Cabo Delgado, principalmente nas áreas rurais.

Apesar de a Estratégia de PF e Contracepção 2010 – 2015 [2020] (MISAU, 2010) do MISAU dizer que as unidades sanitárias devem “Fornecer serviços de SSR de qualidade, integrando os serviços de PF em todos os serviços/consultas de SMI, doenças crónicas, tratamento anti-retroviral e aconselhamento e testagem em saúde, seguindo as normas,” à excepção dos serviços de SMI que fornecem serviços de aconselhamento e de provisão de métodos, os outros serviços estão geralmente limitados ao aconselhamento de PF, à provisão de preservativos e ocasionalmente de contraceptivos orais. Os serviços de SMI incorporam boas práticas de PF, permitindo que os seus utentes escolham a partir de um leque de métodos que são recomendados pelo provedor. Os serviços de saúde que não são de SMI (tratamento anti-retroviral, serviços de tuberculose) geralmente atraem as utentes através da sensibilização e aconselhamento e referem-nas para os serviços de SMI para receberem o método. A implicação imediata é que as utentes que procuram os serviços de PF devem ir aos serviços de SMI, aumentando a carga de trabalho nos serviços de SMI nas unidades sanitárias. Nos centros de saúde rurais, é comum encontrar uma enfermeira de SMI apoiada por uma servente para assistir os

partos, fornecer cuidados pré-natais e pós-parto; examinar as crianças e, finalmente, fazer o PF. As enfermeiras de SMI nas unidades sanitárias urbanas e nas unidades sanitárias de outros níveis também fornecem um vasto leque de serviços. Geralmente, os serviços de PF são negligenciados e não podem ser priorizados como está prescrito no plano estratégico do MISAU. Os provedores de saúde priorizam as mulheres que estão em trabalho de parto e, depois, sucessivamente, as mulheres em pós-parto e as de consulta pré-natal. Acresce que os serviços de PF requerem mais tempo para o aconselhamento e oferta abrangente de opções.

Habilidades e comportamento do pessoal

O mau tratamento por parte dos profissionais de saúde foi mencionado por alguns entrevistados como uma barreira ao acesso aos serviços, mas apenas por informadores secundários. As mulheres na comunidade mencionaram experiências positivas com a conduta dos profissionais de saúde:

Existem casos reportados de mau atendimento... E isto é negativo, porque as senhoras reclamam, às vezes, porque são mal atendidas, principalmente quando são jovens. Por exemplo, são sujeitas a muitos julgamentos. Em vez de estarem a ser atendidas naquela questão, começam a ser julgadas: por que é que fez isto. E, às vezes, isto incomoda as mais novas e as desencoraja a aderir... (Líder religioso, Homoíne, Inhambane).

As competências do pessoal de saúde foram reconhecidas como sendo um factor de constrangimento no fornecimento de serviços de PF adequados. Assim, além do défice de recursos humanos que existe dentro do sistema de saúde, existe ainda uma capacidade limitada para os trabalhadores de saúde administrarem métodos de PF de longa duração, especialmente o DIU e os implantes. A pobre qualidade dos serviços e a falta de aconselhamento para garantir às mulheres e aos seus parceiros o que devem esperar de cada método pode contribuir para a baixa aceitação dos contraceptivos de longa duração.

As formações não são suficientes, e isso constitui também problema, principalmente a prática tutelada controlada do pessoal experiente, capaz de ensinar como é que se faz, de estar ali a acompanhar as enfermeiras novas a fazer, para que elas possam fazer, por exemplo, a inserção do DIU com segurança... (Gestor de saúde provincial, cidade de Inhambane, Inhambane).

Diferenças provinciais sobre os determinantes do uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva

Determinantes sobre o uso de maternidades pelas mulheres jovens

A análise comparativa das barreiras provinciais realça as semelhanças e as diferenças regionais. Numa tentativa de mostrar todas as barreiras juntas, desenvolvemos um diagrama (Figura 6.4). Este diagrama resume as frequências de experiências vividas para cada uma das categorias, por província e para partos dentro e fora da maternidade. O número de setas representa a extensão em que uma barreira foi mencionada para ambos os lados (da demanda e da oferta), sendo 5 a mais elevada e 1 a mais baixa.

No geral, o transporte e a distância, seguido da cultura e do género, nomeadamente a influência do parceiro e da família, o conhecimento e atitudes da comunidade e a percepção acerca da qualidade dos serviços representam as barreiras mais importantes.

Figura 6.4: Diferenças provinciais dos determinantes dos partos institucionais

		Conhecimentos e atitudes	Cultura e género	Transporte e distância	Constrangimentos económicos	Papel das parteiras tradicionais e dos praticantes de medicina tradicional	Atitude do pessoal de saúde	Preocupação acerca da qualidade de serviços
Cabo Delgado	Parto institucional	↑	↑↑↑↑↑	↑↑↑↑↑	↑↑↑↑			↑↑
	Parto fora da maternidade	↑↑	↑↑↑↑↑	↑↑↑↑↑↑	↑↑		↑↑	↑↑
Zambézia	Parto institucional	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑↑	↑		↑↑	
	Parto fora da maternidade	↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑↑	↑↑	↑↑		↑↑↑↑
Inhambane	Parto institucional	↑↑	↑↑↑↑↑	↑↑↑			↑	↑
	Parto fora da maternidade	↑↑↑	↑↑↑↑↑	↑↑↑↑↑	↑↑			↑

Fonte: Chilundo *et al.* (2013).

Para a província de Cabo Delgado, em ordem decrescente, as entrevistadas que tiveram parto fora da maternidade vivenciaram barreiras de transporte e distância, cultura e género e de conhecimentos e atitudes, constrangimentos socioeconómicos, comportamento do pessoal e experiências prévias de qualidade nos serviços de maternidade. Os participantes relacionados aos partos institucionais vivenciaram barreiras de transporte e distância, cultura e género, constrangimentos socioeconómicos, problemas de qualidade dos serviços de maternidade e conhecimentos e atitudes.

Para a província da Zambézia, em ordem decrescente, os participantes que tiveram parto fora da maternidade vivenciaram barreiras de transporte e distâncias, cultura e género, constrangimentos socioeconómicos e papel das parteiras tradicionais e dos praticantes de medicina tradicional. Os participantes relacionados com os partos institucionais vivenciaram barreiras de transporte e distância, cultura e género, conhecimentos e atitudes, comportamento do pessoal e constrangimentos socioeconómicos.

Finalmente, para a província de Inhambane, em ordem decrescente, os participantes que tiveram parto fora da maternidade vivenciaram barreiras de cultura e género, transporte e distância, conhecimento e atitudes, constrangimentos socioeconómicos e problemas prévios de qualidade dos serviços de maternidade. Os participantes relacionados com os partos institucionais vivenciaram barreiras de cultura e género, transporte e distância, conhecimentos e atitudes, comportamento do pessoal e problemas de qualidade dos serviços de maternidade.

Determinantes de acesso à contracepção e PF

A Figura 6.5 representa a frequência de vezes que uma barreira ao PF foi mencionada por província. O número de setas representa a extensão em que uma dada barreira foi mencionada, tanto para a demanda como para a oferta do serviço, sendo 5 o valor mais elevado e 1 o mais baixo. No geral, o conhecimento e atitude individual, seguido de cultura e aspectos de género foram as barreiras ao PF mais mencionadas. A gestão de insumos também foi uma barreira importante para o lado da oferta, particularmente a fraca disponibilidade dos métodos mais preferidos, como injecções e implantes.

Os resultados da análise indicam que a cultura e o género são a maior barreira ao PF, em Cabo Delgado, seguida de conhecimento dos serviços de saúde e atitudes relacionadas com o PF, e, para o lado do sistema de saúde, a gestão de insumos.

Na Zambézia, a barreira mais significativa foi a falta de conhecimento e atitudes em relação ao PF, seguida pela cultura e género e gestão de insumos.

Em Inhambane, as barreiras mais importantes são a cultura e género e o conhecimento e atitudes.

Figura 6.5: Diferenças provinciais dos determinantes de acesso à contraceção

Barreiras aos partos institucionais

		Conhecimentos e atitudes	Cultura e género	Transporte e distância	Constrangimentos económicos	Papel das parteiras tradicionais e dos praticantes de medicina tradicional	Atitude do pessoal de saúde	Preocupação acerca da qualidade de serviços
Cabo Delgado	Parto institucional	↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑			↑↑
	Parto fora da maternidade	↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑↑	↑↑		↑↑	↑↑
Zambézia	Parto institucional	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑	↑		↑↑	
	Parto fora da maternidade	↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑	↑↑		↑↑↑
Inhambane	Parto institucional	↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑			↑	↑
	Parto fora da maternidade	↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑			↑

Fonte: Chilundo *et al.* (2013).

Embora os desafios e as dificuldades ao acesso ao parto institucional e ao PF em cada distrito sejam complexas e específicas de cada contexto, as barreiras identificadas neste estudo parecem sistematicamente influenciar o acesso aos serviços de saúde materna nas três províncias.

Discussão e conclusões

A evidência empírica apresentada na secção dos resultados deste capítulo mostra que o conhecimento e as atitudes em relação aos serviços de PF e de saúde materna estão a melhorar gradualmente. Muitas mulheres, as suas famílias e os informadores-chave reconhecem as vantagens de usar as unidades sanitárias para ter o parto e para ter acesso aos métodos de contraceção. No entanto, ainda existem mulheres que têm parto fora das maternidades (em casa, no caminho para a unidade sanitária, em casa de um familiar ou em casa de uma parteira tradicional). Isto está em linha com os achados do IDS de 2011, que dão conta de que apenas um pouco mais de metade das mulheres tiveram parto assistido por um profissional de saúde qualificado.

Determinantes sobre o uso de maternidade pelas mulheres jovens

Este estudo permitiu destacar os seguintes determinantes do primeiro nível das “três demoras”: (i) a falta de conhecimento em relação à idade gestacional ou a incapacidade de determinar o momento ideal para procurar os serviços de maternidade, que é frequente entre as mulheres jovens, especialmente entre aquelas com menos de 18 anos; (ii) as mulheres mais velhas tendem a confiar

nos praticantes de medicina tradicional para as assistirem ao parto e atrasam as mulheres jovens na procura dos serviços; (iii) embora as parteiras tradicionais estejam cada vez mais a estimular as mulheres a procurarem os serviços de saúde, elas continuam a assistir os partos na comunidade onde vivem, com todos os riscos associados a isso, sobretudo para a parturiente jovem; (iv) falta autonomia às mulheres para tomarem decisões sobre o parto, pois dependem das decisões dos seus parceiros/maridos e de membros da família (sogra, mães e tias); (v) os entrevistados comunitários acreditam que é possível descobrir quem é o pai e confirmar a paternidade se a mulher tiver parto em casa; (vi) nota-se um fraco envolvimento do homem na saúde materna. Achados similares foram encontrados em vários estudos qualitativos levados a cabo no Quénia, Serra leoa, Bangladesh, Uganda, Gâmbia e Nigéria, os quais sublinham a existência de determinantes sociais, culturais e estruturais que influenciam o uso dos serviços e a tomada de decisão de procurar cuidados obstétricos (Countdown, 2008, Equity Analysis Group, 2008, Sorensen *et al.*, 2011, Essendi *et al.*, 2010, Evans, 2012). Destaque, em termos da similaridade com os achados deste estudo, vai para a pesquisa qualitativa realizada na Gâmbia, que também constatou que a decisão de procurar os serviços foi ainda mais atrasada por membros da família, particularmente sogras, que vêem a chegada antecipada às unidades sanitárias como desnecessária (Jammeh *et al.*, 2011).

O segundo nível das “três demoras” é relativo à falta de transporte, associada às longas distâncias para as unidades sanitárias. Estes determinantes, que também estão associados aos custos indirectos de ter parto nas maternidades, como o custo do transporte e da alimentação, fazem com que muitas mulheres tenham parto nas comunidades. Apesar de as casas de espera da mulher grávida terem sido reconhecidas como uma intervenção que visa resolver o problema das distâncias para as unidades sanitárias, as mulheres que vivem a longas distâncias das unidades sanitárias são impedidas de usar as casas de espera da mulher grávida devido a outros factores sociais (terem outros filhos para cuidar, não terem autorização dos seus parceiros ou não terem comida suficiente para casos em que o trabalho de parto se arrasta). Santos *et al.* (2006) descrevem uma intervenção de saúde materna na província de Sofala para melhorar a infra-estrutura (sistema de transporte e de comunicação) e os recursos humanos. O objectivo do projecto descrito foi o de minimizar a grande crise e instabilidade no transporte público e privado e nas comunicações para os cuidados obstétricos de emergência. Uma pesquisa comparativa de Uganda e Bangladesh identificou o transporte,

os custos e as normas culturais como as barreiras mais significativas aos partos institucionais. No Uganda, o envolvimento do homem foi particularmente importante para superar a distância, porque, geralmente, é ele que coordena o transporte para as unidades sanitárias. As famílias que foram capazes de organizar transporte realçaram a importância do planeamento: os maridos guardam dinheiro para os serviços de maternidade; familiares e maridos eram convidados a darem boleia à mulher para a unidade sanitária com antecedência e, durante o último mês, as mulheres guardavam petróleo em casa para casos de emergência (Creanga *et al.*, 2011).

Por último, em relação aos atrasos dentro das unidades sanitárias (3ª demora), o estudo aponta questões ligadas à percepção da qualidade dos serviços oferecidos, que impedem que as mulheres procurem os serviços, e questões da oferta de serviços, ligadas ao volume de trabalho e disponibilidade de meios. Discussões com os membros da comunidade mostram que a percepção sobre a qualidade do serviço tem sido uma barreira ao parto institucional. As mulheres mencionaram que as enfermeiras nas unidades sanitárias são jovens e com formação e experiência limitada. Informadores-chave e provedores de saúde também mencionaram questões de abuso e negligência nas unidades sanitárias, que moldam as percepções dos serviços de saúde materna. Embora as mulheres da comunidade não tenham mencionado abertamente questões de cobranças ilícitas, outros entrevistados da comunidade e do sistema de saúde mencionaram que cobranças ilícitas ainda ocorrem, apesar de a situação estar a melhorar consideravelmente. Embora os entrevistados comunitários não tenham podido expor com detalhes os determinantes do sistema de saúde, entrevistados dentro do sistema de saúde e de organizações parceiras indicaram que a escassez de trabalhadores de saúde resulta na sobrecarga de trabalho, reflectindo-se, assim, na qualidade do serviço de parto prestado. Os entrevistados dentro do sistema de saúde também mencionaram que as actuais infra-estruturas não permitem que as mulheres tenham privacidade e que tragam os seus parceiros para as unidades sanitárias, um dos mecanismos descritos nas directrizes nacionais para a humanização dos serviços.

A avaliação nacional das necessidades em cuidados obstétricos de 2007 aponta para problemas importantes da escassez de recursos humanos qualificados, sobretudo nas unidades sanitárias periféricas e rurais, falta de infra-estruturas adequadas e falta de transporte, que influenciam na qualidade de serviços obstétricos (MISAU, 2009a).

Determinantes sobre o acesso aos métodos modernos de contraceção pelas mulheres jovens

Em Moçambique, tem havido muito poucas pesquisas sobre determinantes de acesso aos serviços de contraceção. O MISAU identificou que um dos desafios mais significativos para melhorar o acesso à contraceção é a oferta de um leque de métodos modernos, mantendo a distribuição consistente de insumos para saúde reprodutiva a todas as unidades sanitárias (MISAU, 2010).

Tal como este estudo aponta, existem vários determinantes culturais que moldam o acesso à contraceção. A comunidade tem muitos mitos acerca da contraceção, que levam as mulheres a acreditarem que pode causar infertilidade. As mulheres apontaram que as suas famílias influenciam os seus desejos de fecundidade e as desencorajam quanto ao uso dos métodos de contraceção, a fim de terem muitos filhos.

Como observado por muitos provedores, a combinação entre desejo de ter muitos filhos e as mensagens de PF para evitar a gravidez não são eficazes. Mensagens que enfatizam o PF e a contraceção para o espaçamento saudável e para melhorar a saúde geral da família não parecem lograr os efeitos desejados nas comunidades.

Muitas mulheres não têm o poder nem a autonomia para tomar decisões sobre o PF e a contraceção: muitos entrevistados mencionaram que os maridos têm que “autorizar” as suas esposas a procurarem os serviços de PF. Os provedores mostraram-se otimistas com as melhorias nos conhecimentos e atitudes sobre o PF e têm a percepção de que existem menos mulheres que não têm conhecimento dos métodos modernos de contraceção. Contudo, informadores-chave afirmaram que ainda existem muitas mulheres que ainda não têm informação sobre os métodos de PF ou dos serviços disponíveis nas comunidades. Todos os entrevistados mencionaram que as comunidades têm uma percepção negativa do DIU e que existe uma baixa demanda para o DIU. A falta de informação acerca do método e dos seus efeitos secundários podem levar a uma maior procura de alguns métodos em detrimento de outros.

Barreiras físicas de acesso são um dos principais desafios para a iniciação ou continuidade da contraceção. Brigadas móveis facilitam o acesso ao serviço nas comunidades, mas muitas vezes estão mal equipadas e não possuem as capacidades para fornecer um leque abrangente de opções de PF e contraceção. Apesar de os membros da comunidade realçarem que as brigadas móveis são uma

estratégia importante para ultrapassar problemas de distância e de transporte, os seus problemas logísticos são frequentes, tendo, muitas vezes, que ser apoiadas por organizações parceiras, o que tem implicações de sustentabilidade.

As mulheres, muitas vezes, não recebem o seu método contraceptivo de preferência devido a rupturas frequentes de *stock*. Os injectáveis e os implantes são os métodos mais populares e, muitas vezes, não se encontram disponíveis, devido a problemas na cadeia de distribuição. A falta de comunicação entre o pessoal envolvido na gestão dos insumos ao nível distrital e os serviços de SMI origina atrasos no abastecimento dos métodos que estão em ruptura. Os serviços de SMI reportam não receber contraceptivos, apesar de os terem solicitado com antecedência. No entanto, isto também pode ter a ver com a não requisição atempada dos contraceptivos pelos gestores da farmácia nas unidades sanitárias. Alguns métodos contraceptivos (implante e injectável) parecem estar a ser vendidos em algumas áreas urbanas.

Como a gestão da carga de trabalho do pessoal de SMI parece ser incontrolável, associada a problemas de espaço, o PF é visto como a última prioridade para os cuidados primários de saúde. Tempo limitado para o aconselhamento em PF e contracepção contribui para a baixa adesão e continuidade do método. Além disso, os entrevistados da comunidade reportaram casos de abuso e de negligência nos serviços de PF.

De forma a melhorar a cadeia de distribuição, tanto dos métodos contraceptivos modernos, como de medicamentos essenciais para a saúde materna, o MISAU, com o apoio do Programa Mundial para a Segurança de Bens e Produtos de Saúde Reprodutiva do UNFPA, tem realizado, desde 2010, levantamentos anuais para determinar a proporção de unidades sanitárias que oferecem métodos contraceptivos modernos e a disponibilidade de “medicamentos essenciais para a SSR”. O relatório de 2011 mostra que, apesar das melhorias dos últimos dois anos, ainda existe uma grande necessidade de tornar os serviços de PF mais efectivos, de prestar uma atenção especial à gestão de contraceptivos ao nível mais periférico e de assegurar que os medicamentos essenciais para os cuidados obstétricos de emergência estejam sempre disponíveis (Ministry of Health, 2012).

Em Maio de 2013, realizou-se uma das conferências mundiais mais marcantes sobre a saúde da mulher e da rapariga, organizada pelo *Women Deliver*.

Numa das sessões plenárias, um dos professores de saúde pública mais influentes do mundo, *Hans Rosling*, do *Global Health, Karolinska Institute*, de Estocolmo, proferiu uma palestra acerca de “como o acesso à contracepção melhora tudo” (Women Deliver, 2013). Nesta palestra, o professor destaca que, em 1962, havia dois tipos de países no mundo, classificados com base na relação entre o número médio de filhos por mulher e a mortalidade infantil e materna: (i) países desenvolvidos, com baixa mortalidade infantil e materna e com tamanhos pequenos dos agregados familiares, e (ii) países em desenvolvimento, com alta mortalidade infantil e materna e famílias largas (acima de 6-7 filhos). Ao longo do tempo, vários países em desenvolvimento foram tendo mais acesso à contracepção, o que levou à queda abrupta da mortalidade infantil e materna observada hoje (exemplos: China, Índia, Bangladesh, países latino-americanos e alguns países africanos), passando a ter padrões de indicadores de saúde infantil e materna parecidos com os encontrados nos países desenvolvidos. Isto deveu-se à importante redução do tamanho das suas famílias, graças à limitação ou melhor espaçamento dos nascimentos. Porém, nem todos os países no mundo conseguiram reduzir a mortalidade infantil e materna de forma significativa, pois continuaram com famílias grandes. Este é o caso de vários países da África Subsaariana, incluindo Moçambique.

Muitos destes determinantes são estruturais e/ou sociodemográficos, que são, em grande parte, problemas de difícil solução (principalmente a pobreza) e que influenciam muitos dos outros sectores, além do sector de saúde. De forma a reduzir o impacto destes determinantes, é importante perceber como eles limitam o acesso das mulheres aos serviços e desenhar intervenções apropriadas. As mulheres que vivem em zonas rurais, especialmente as mulheres jovens, encontram-se economicamente em desvantagem e enfrentam mais barreiras, tanto para os partos institucionais, como para o PF e a contracepção.

Recomendações para a melhoria da disponibilidade e uso dos serviços de saúde sexual reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique

A. A fim de melhorar a disponibilidade e o uso de maternidades pelas mulheres jovens, o estudo destaca as seguintes recomendações:

- Desenvolver uma estratégia de comunicação visando a mudança de comportamento no seio dos líderes comunitários, parceiros/maridos,

mulheres mais velhas, parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional e profissionais de saúde.

- Conceber estratégias de provisão de incentivos às parteiras tradicionais para fortalecer o sistema de referência às CPN e para acompanhar as mulheres jovens e adultas para as unidades sanitárias.
- Desenhar estratégias de envolvimento do homem em assuntos de saúde da mulher.
- Apoiar a criação de grupos de apoio para a maternidade segura (mulheres jovens e outros), com vista a aumentar a capacidade de tomada de decisão, por parte das mulheres, em torno da sua saúde reprodutiva.
- Apoiar a criação de sistemas informais de poupança e de ajuda mútua para as famílias pobres, de modo a conseguirem pagar o transporte em casos de emergência e suprir as suas necessidades quando estiverem nas casas de espera para o parto.
- Expandir os serviços de maternidade para os centros de saúde periféricos, equipando-os com enfermeiras de SMI devidamente treinadas em cuidados obstétricos e neonatais de emergência básicos.
- Capacitar provedores de saúde na humanização dos Serviços de Saúde e garantia de privacidade
- Reforçar transporte e meios de comunicação para cuidados de emergência, incluindo sistemas de referência nas unidades sanitárias mais remotas, garantindo a disponibilidade de telefones e de bicicletas ambulância.
- B. A fim de melhorar a disponibilidade e uso de métodos modernos de contraceção, o estudo destaca as seguintes recomendações:
 - Desenvolver uma estratégia de comunicação para a mudança de comportamento sobre contraceção, orientada para os adolescentes, casais jovens, mulheres e homens.
 - Treinar líderes comunitários para garantir a compreensão e o reconhecimento dos serviços de contraceção. Os líderes devem agir como agentes de mudança para enfrentar o estigma, os mitos, as normas, os papéis de género e as crenças religiosas que impedem o uso de contraceptivos.
 - Estimular o maior uso de brigadas móveis ou a provisão de métodos

através do sistema de distribuição baseado na comunidade, com ligações estreitas com os serviços de saúde, para garantir um sistema de referência e de contra-referência.

- Estabelecer grupos de apoio de PF para apoiar a iniciação e a continuação do uso de contraceptivos modernos.
- Fornecer formação e orientação para melhorar o conhecimento técnico, as habilidades e as atitudes em relação à contracepção, incluindo habilidades de aconselhamento e interação cliente-provedor de serviços voltados para as jovens.
- Assegurar o acesso a uma gama de contraceptivos modernos, incluindo os de acção prolongada, permanente, e os contraceptivos de emergência para homens e mulheres durante todas as etapas das suas vidas reprodutivas, e que os serviços estejam disponíveis e tenham aceitação por parte dos jovens.

Referências bibliográficas

- Chilundo, B., E. Ortiz, A. Jacinto, A. Nhacale, F. Abacassamo, E. Manhice, G. Salvador-Davila, L. Subramanian, P. David & R. Badiani. 2013. Barriers to institutional deliveries and family planning: a qualitative study from Cabo Delgado, Zambezia and Inhambane Provinces, Mozambique. Maputo, Mozambique: Pathfinder International and UKAID-Mozambique.
- Countdown. 2008. Equity Analysis Group 2008. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *The Lancet*, 12(371(9620)) 1259-67.
- Creanga, A. A., D. Gillespie, S. Karklins & A. O. Tsui. 2011. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 89258-66.
- CSDH (Commission on the Social Determinants of Health). 2008. Closing Gap in a Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health. Access date [November 21st,

- 2013]. Available in: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. Geneva. World Health Organization (WHO).
- Essendi, H., S. Mills & J. C. Fotso. 2010. "Barriers to Formal Emergency Obstetric Care Services' Utilization". *Journal of Urban Health*, 88(Suppl 2) 356-369.
- Evans, E. C. 2012. "A review of cultural influence on materna mortality in the developing world". *Midwifery*, 29(5) 490-496.
- INE. 2004. Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Direcção de Estatísticas Demográficas, Vitais e Sociais, Macro International Inc.-DHS Program (USA).
- INE. 2011. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e MEASURE DHS/ICF International (USA).
- INE 2013. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e MEASURE DHS/ICF International (USA).
- INE & Macro International Inc. 1998. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística; Macro International Inc.
- INE, MISAU & UNICEF 2009. Resultados do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) 2008 Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE, MISAU & USAID 2005. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e USAID com Assessoria da MEASURE DHS+/ORC Macro.
- Jammeh, A., J. Sundby, S. Vangen 2011. "Barriers to Emergency Obstetric Care Services in Perinatal Deaths in Rural Gambia: A Qualitative In-Depth Interview Study". *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 981096doi: 10.5402/2011/981096.

- Ministry of Health 2012. Second survey availability of modern contraceptives and essential life saving maternal/RH medicines in service delivery points – Mozambique 2011. Study implemented by the Department of Community Health, Faculty of Medicine, Eduardo Mondlane University. Commissioned by MoH and UNFPA.
- MISAU 2009a. Avaliação de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique 2007. Maputo: Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública.
- MISAU 2009b. Estratégia para o Fortalecimento das Intervenções das Parteiras Tradicionais. Ministério de Saúde.
- MISAU 2010. Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2010–2015 (2020). Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública.
- MISAU 2014. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Direcção de Planificação e Cooperação, Ministério da Saúde, República de Moçambique.
- Santos, C., D. Diante Jr, A. Baptista, E. Matediane, C. Bique & P. Bailey. 2006. “Improving emergency obstetric care in Mozambique: The story of Sofala”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 94190-201.
- Sorensen, B. L., B. Bruunnielsen, V. Rasch & P. Elsass. 2011. “User and provider perspectives on emergency obstetric care in a Tanzanian rural setting: A qualitative analysis of the three delays model in a field study”. *African Journal of Reproductive Health*, 15(2) 117.
- Thaddeus, S. & D. Maine. 1994. “Too far to walk: Maternal mortality in context”. *Social Science & Medicine*, 381091-1091.
- WHO, ICM & FIGO 2004. Making pregnancy safer. The critical role of the skilled attendant : a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: World Health Organization.
- Women Deliver. 2013. *2013 Conference* [Online]. Available: <http://www.womendeliver.org/conferences/2013-conference/agenda/plenary-sessions-in-detail/> [Accessed November 2nd 2013].

Capítulo 7

FACTORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO ENTRE OS JOVENS EM MOÇAMBIQUE

Boaventura M. Cau

Introdução

Moçambique é um dos países da África subsaariana seriamente afectados pelo HIV e SIDA, contando com 7,5% de novas infecções de adultos e crianças, em 2012, e 6% das pessoas vivendo com o HIV na África subsaariana, no mesmo ano (UNAIDS, 2013). A taxa de prevalência do HIV entre homens e mulheres com idade dos 15-49 anos é de 11,5% (INS, INE & ICF Macro, 2010). Entre os jovens com idade dos 15-24 anos, que, em 2007, correspondiam a cerca de 19% da população (INE, 2010), as mulheres estão desproporcionalmente infectadas pelo HIV – com uma taxa de prevalência de HIV de 11,1% contra 3,7% entre os

homens da mesma idade (INS, INE & ICF Macro, 2010). Segundo UNAIDS (2004), em Moçambique, à semelhança de outros países da África subsaariana, o HIV é principalmente transmitido através de relações sexuais (MISAU, INE & ICFI, 2013). Apesar de algum conhecimento das formas de evitar o HIV e SIDA em Moçambique, com 52% de mulheres dos 15-49 anos e 74% de homens dos 15-64 anos que sabem que usar o preservativo e reduzir o número de parceiros sexuais pode minimizar o risco de contrair o HIV (MISAU, INE & ICFI, 2013), há evidência de prática de comportamentos sexuais de risco.

O relatório do Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique em 2011 (IDS 2011), indicou que 30% de homens com idade de 15-49 anos reportou 2 ou mais parceiros sexuais, nos 12 meses anteriores ao inquérito, e cerca de 3% das mulheres da mesma idade reportaram um comportamento similar (MISAU, INE & ICFI, 2013). Porém, o uso do preservativo em relações sexuais ocasionais é pouco comum em Moçambique (Machel, 2001; MISAU, INE & ICFI, 2013). Esta situação é preocupante dado que na ausência de uma cura para o SIDA, a prática de relações sexuais seguras continua a ser a melhor via para prevenir o HIV e SIDA (Reinecke, Schmidt & Ajzen, 1996; Uchudi *et al.*, 2011).

Em Moçambique, o conhecimento dos factores ou condições que estão associadas a uma maior probabilidade de jovens se engajarem em comportamentos sexuais de risco é limitado. Um estudo realizado em duas escolas secundárias da Cidade de Maputo envolvendo mulheres jovens (Machel, 2001) revelou que as normas patriarcais e a necessidade de apoio material predispunham as jovens da classe trabalhadora a se engajarem mais em comportamento sexual de risco em comparação com as da classe média (Machel, 2001). Um outro estudo também baseado em estudantes na Cidade de Maputo (Manuel, 2005) constatou que a confiança e o amor ao parceiro ou parceira levava a que as jovens e os jovens se envolvessem em relações sexuais desprotegidas. Por sua vez, De Walque, Kazianga e Over (2011) investigaram, numa amostra que incluía jovens, a associação entre o aumento do acesso aos medicamentos anti-retrovirais e a prática de comportamento sexual de risco no Centro e Sul de Moçambique. De Walque *et al.* (2011) reportaram um aumento do comportamento sexual de risco com o incremento do acesso aos medicamentos anti-retrovirais.

Apesar destes estudos, dada à diversidade socioeconómica e geográfica do país, os estudos de nível nacional sobre comportamentos sexuais de risco

entre os jovens são necessários. Há poucos estudos dessa natureza sobre Moçambique. Por exemplo, Prata *et al.* (2006) examinaram a relação entre uma correcta avaliação do risco de contrair o HIV e o uso de preservativo na última relação sexual entre os jovens em Moçambique. Estes autores constataram que a prevalência de uso do preservativo era mais de duas vezes maior entre os jovens e as jovens que tinham feito uma avaliação correcta do seu risco de contrair o HIV em comparação com aqueles que tinham feito uma avaliação incorrecta (*idem.*).

O objectivo principal deste capítulo é examinar os factores individuais e contextuais que protegem ou expõe as jovens e os jovens ao comportamento sexual de risco em Moçambique. A identificação de tais factores é relevante para a tomada de medidas mais eficazes para reduzir a influência dos factores adversos e promoção daqueles benéficos.

Enquadramento teórico

O estudo é baseado em três teorias, a teoria normativa do comportamento social (Cialdini, Reno & Kallgren, 1990; Rimal & Real, 2005), a teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991) e a teoria da influência das condições sociogeográficas dos lugares (Cummins *et al.*, 2007; Bernard *et al.*, 2007; Macintyre *et al.*, 2002; Diez-Roux, 1998). A teoria normativa do comportamento social argumenta que as normas sociais influenciam o comportamento humano e os seus antecedentes (Cialdini, Reno & Kallgren, 1990; Rimal & Real, 2005). As normas sociais são definidas como códigos de conduta baseados na identidade do grupo, que são entendidas e disseminadas através de interação social (Rimal & Real, 2003:185). As normas sociais podem ser descritivas ou injuntivas (Cialdini, Reno & Kallgren, 1990; Cialdini *et al.*, 2006). As normas descritivas expressam o que é típico, ou seja, o que muitas pessoas fazem (Cialdini, Reno & Kallgren, 1990; Cialdini *et al.*, 2006) enquanto as normas injuntivas referem-se à percepção do indivíduo sobre o que as pessoas, que são o seu ponto de referência, pensam que devia fazer (Cialdini, Reno & Kallgren, 1990; Rimal & Real, 2003). As normas injuntivas revelam o que é aprovado ou desaprovado e o nível em que o indivíduo é pressionado para se comportar duma certa maneira (Rimal & Real, 2003; Cialdini *et al.*, 2006). Em relação às normas descritivas, pode-se afirmar que quanto maior for a percepção da prevalência de um comportamento, maior será a possibilidade de indivíduos acreditarem que praticar o comportamento é normal (Rimal & Real, 2003).

A teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991) argumenta que a intenção é o principal previsor da prática de um comportamento e a intenção é, por sua vez, determinada por três tipos de considerações. A primeira é a atitude do indivíduo em relação ao comportamento (ex., favorável ou desfavorável) (Ajzen, 1991; Reineck, Schmidt & Ajzen, 1996). A segunda é a pressão social sentida pelo indivíduo para praticar ou não o comportamento – a chamada norma subjectiva. A terceira é a percepção do nível do controlo do comportamento, ou seja, a percepção da dificuldade ou facilidade com que se pode praticar o comportamento (Reineck, Schmidt & Ajzen, 1996). Se a atitude e a norma subjectiva forem favoráveis à prática do comportamento e se houver uma maior percepção do controlo em relação à prática do comportamento então a possibilidade do comportamento acontecer será também maior (Reineck, Schmidt & Ajzen, 1996; Ajzen & Klobas, 2013). A teoria de comportamento planeado também argumenta que há factores circunstanciais que podem influenciar a intenção e o nível de controlo sobre a prática do comportamento (Ajzen & Klobas, 2013).

Este estudo é também orientado pela teoria da influência de condições sociogeográficas dos lugares. Esta perspectiva teórica atribui um papel de relevo ao contexto socioeconómico e geográfico em que o indivíduo se encontra na prática do comportamento. O principal argumento desta teórica é que os comportamentos dos indivíduos não só são influenciados pelos factores individuais mas também pelas características socioeconómicas e geográficas do local onde se encontram (Brewster, 1994; Billy, Brewster & Grady, 1993; Cummins *et al.*, 2007; Diez-Roux, 1998).

A consideração destas três teorias advém do reconhecimento da vastidão e complexidade do contexto em que os jovens estão inseridos, abarcando aspectos de natureza social, económica, geográfica entre outras. Assim, cada uma destas teorias ajuda a melhor prever e explicar alguns aspectos que caracterizam o contexto que influencia o comportamento sexual de risco entre os jovens. Por exemplo, a teoria normativa de comportamento social poderá estar melhor posicionada para prever e explicar a influência do contexto normativo sobre o comportamento sexual dos jovens. A teoria de comportamento planeado pode ajudar a interpretar os factores contextuais de natureza atitudinal assim como a pressão social que os jovens sentem para praticar ou não o comportamento sexual de risco. Por exemplo, o contexto religioso em que um certo jovem está inserido pode exercer uma certa pressão

sobre o mesmo num determinado sentido. Finalmente, a teoria da influência das condições sociogeográficas dos lugares pode igualmente melhor explicar alguns aspectos da influência contextual sobre o comportamento sexual dos jovens. Por exemplo, poderá iluminar o entendimento das diferenças nos padrões de comportamento sexual de risco entre os jovens residentes nas áreas urbanas e rurais – resultantes da natureza e especificidade do contexto em que vivem. Assim, com base nas teorias acima expostas, espera-se que os factores individuais e contextuais ajam para proteger ou expor as jovens e os jovens à prática de comportamentos sexuais de risco em Moçambique.

Dados e métodos

Dados

Este estudo usa os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique de 2011 [IDS 2011] (MISAU *et al.*, 2013). A amostra do IDS 2011 é probabilística e representativa ao nível nacional e foi seleccionada em três etapas que envolveram a selecção das unidades primárias de amostragem, a selecção de áreas de enumeração em cada unidade primária de amostragem e a selecção de agregados familiares em cada área de enumeração. O inquérito entrevistou 13.107 mulheres dos 15-49 anos e 3.971 homens dos 15-64 anos (MISAU, INE & ICFI, 2013:294), tendo registado uma taxa de resposta de 98,9% para as mulheres e 97,5% para os homens (MISAU, INE & ICFI, 2013:12-13). Para além de informação sociodemográfica dos entrevistados, o IDS 2011 recolheu informação sobre conhecimentos do HIV e SIDA, prevenção, comportamento e atitudes (MISAU, INE & ICFI, 2013). No IDS 2011 foram entrevistados 1.487 homens do 15-24 anos e 5.274 mulheres da mesma idade (MISAU, INE & ICFI, 2013:294). As mulheres jovens e os homens jovens que nunca tiveram alguma relação sexual foram excluídos da subamostra deste estudo. Depois de excluir os casos com informação em falta nas medidas usadas no estudo, as subamostras foram 4.437 mulheres jovens e 1.514 homens jovens (estes tamanhos das subamostras registam mais reduções em algumas análises).

Medidas

Comportamento Sexual de Risco

Duas medidas são usadas para medir o comportamento sexual de risco entre os jovens: (i) a prática de actividade sexual insegura, nos 12 meses anteriores à data do inquérito, e (ii) a idade da primeira relação sexual. Os jovens (mulheres ou homens) foram considerados como tendo praticado uma actividade sexual insegura se nos 12 meses anteriores à data do inquérito tiverem tido uma relação sexual com uma ou mais pessoas que não sejam esposa ou esposo (ou parceiro/a regular) sem usar preservativo. Aqueles jovens (mulheres ou homens) que afirmaram terem tido uma infecção de transmissão sexual nos 12 meses antecedentes à entrevista foram considerados como tendo praticado uma actividade sexual de risco. Em relação à idade da primeira relação sexual, os jovens (mulheres ou homens) que tiveram a primeira relação antes dos 15 anos foram considerados como tendo praticado um comportamento sexual de risco.

Variáveis explicativas

As variáveis explicativas ou independentes são individuais e contextuais. Entre as mulheres, as variáveis individuais incluem as seguintes: idade (15-19 anos e 20-24 anos que é referência); estado civil (casada ou unida e não casada/unida – a referência); nível de escolaridade (com três categorias – nenhum, 1-7 anos e 8 ou mais anos, a primeira é a referência); a posição de ocupação profissional da jovem. Considera-se elevada, a que apresenta as seguintes áreas ocupacionais - profissional/técnica/gestão, secretariado, vendas e serviços e baixa, que é a referência, a que envolve as restantes áreas ocupacionais, como por exemplo, a agricultura e o trabalho doméstico. As outras variáveis individuais incluem a posição de riqueza do agregado familiar, que apresenta três categorias, nomeadamente: baixa (a referência), média e a elevada. A idade da primeira relação sexual (esta medida que é usada como variável explicativa apenas da prática de actividade sexual insegura, tem duas categorias: antes dos 15 anos e 15 anos ou mais, que é a referência); a exposição à mídia (com duas categorias: exposta e não exposta, a referência); saber que usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção com o

HIV (com duas categorias: sim e não, a referência); saber que ter um parceiro não infectado que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção com o HIV (sim e não, que é a referência); se alguma vez já fez um teste de HIV (com duas categorias: sim e não, que é a referência); saber que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebé (com duas categorias – sim e não, a referência); o número de parceiros sexuais tidos na vida (com quatro categorias: um parceiro – a referência, dois parceiros, três parceiros e quatro parceiros ou mais) e, o local de residência (urbano ou rural, a referência). A religião das jovens também foi usada como uma variável explicativa. A religião tem sete categorias: católica – que é a referência; evangélica ou pentecostal; zionista ou síria; islâmica, outra religião e sem religião. As variáveis explicativas usadas nos modelos referentes aos jovens masculinos são similares às das jovens femininas. Dado que alguns jovens (mulheres e homens) podem ter tido a sua primeira relação sexual há muitos anos, apenas as variáveis independentes que se acredita que a possibilidade de que não tenham mudado ao longo do tempo seja maior, é que foram usadas para estimar o risco de iniciar a actividade sexual antes dos 15 anos.

As variáveis contextuais foram obtidas através do cálculo da média dos dados individuais ao nível de cada área de enumeração na amostra do IDS 2011 (considerando todos os entrevistados onde for possível). No IDS 2011 existiam 611 áreas de enumeração que são consideradas como uma aproximação das áreas geográficas ou comunidades de influência do contexto local sobre os entrevistados. Na análise referente às jovens, as variáveis contextuais são o nível médio de escolaridade feminina na comunidade (área de enumeração), a percentagem de mulheres na comunidade com elevada posição de ocupação profissional, a percentagem de mulheres na comunidade com elevada posição de riqueza do agregado familiar, a percentagem de mulheres na comunidade expostas à mídia, a percentagem de mulheres na comunidade cuja idade da primeira relação sexual foi antes dos 15 anos (usada apenas como variável explicativa da prática de actividade sexual insegura), o número médio de parceiros sexuais já tidos pela mulher na comunidade, a percentagem de mulheres na comunidade que sabem que ter um único parceiro sexual que não tenha outra parceira/parceiro reduz o risco de contrair o HIV ou que sabem que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV, a percentagem de mulheres na comunidade que sabem que há medicamentos para evitar a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé e a percentagem de mulheres na comunidade que alguma vez fizeram

um teste de HIV. O contexto religioso na comunidade também foi usado para prever a prática da actividade sexual de risco. As medidas que medem o efeito do contexto religioso são as seguintes: a percentagem de mulheres na comunidade que são católicas, a percentagem de mulheres na comunidade que são evangélicas ou pentecostais, a percentagem de mulheres na comunidade que são protestantes, a percentagem de mulheres na comunidade que são ziones e a percentagem de mulheres na comunidade que são islâmicas. As variáveis contextuais usadas nos modelos referentes aos jovens masculinos são similares às das jovens.

Resultados

A Tabela 7.1 mostra as características dos jovens. Aproximadamente um quarto das jovens teve uma actividade sexual insegura um ano antes do inquérito (23,8%) e cerca de 29% tiveram a sua primeira actividade sexual antes dos 15 anos de idade. A Tabela 7.1 também mostra que as jovens de 15-19 anos, as não casadas ou unidas, as mais educadas, de posição de ocupação profissional elevada, de posição de riqueza do agregado familiar elevada, as mais expostas à mídia ou as residentes nas áreas urbanas são mais susceptíveis de terem tido uma actividade sexual insegura no ano anterior ao inquérito.

As características dos jovens são reportadas nas tabelas 7.2 e 7.3. À semelhança das jovens, os jovens mais novos, não casados ou unidos, de posição de ocupação profissional elevada, são mais susceptíveis de terem praticado uma actividade sexual insegura nos 12 meses antecedentes à data do inquérito (Tabela 7.2). Contudo, registam-se algumas diferenças entre os dois grupos. Entre os jovens, aqueles residentes nas áreas rurais, os de famílias de baixa posição de riqueza do agregado familiar registam maior prática de actividade sexual insegura. No que diz respeito à idade da primeira actividade sexual, nota-se na Tabela 7.3 que os mais velhos, mais educados, mais expostos à mídia e os residentes nas áreas urbanas tiveram a sua primeira actividade sexual antes dos 15 anos do que os seus pares.

Tabela 7.1: Estatísticas descritivas seleccionadas, Mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Actividade sexual insegura (em percentagem, n=3752)			Idade da primeira relação sexual antes dos 15 anos (em percentagem, n=4437)		
	n	Sim	Não	n	Sim	Não
Idade						
15-19 anos	1648	28,6	71,4	2027	31,6	68,4
20-24 anos	2104	20,0	80,0	2410	27,2	72,8
Estado Civil						
Casada ou unida	2318	6,8	93,2	na	na	na
Não casada ou unida	1434	51,3	48,7	na	na	na
Religião						
Católica	1001	23,7	76,3	1185	32,1	67,9
Evangélica ou Pentecostal	767	25,3	74,7	870	22,9	77,1
Protestante	222	27,0	73,0	253	28,5	71,5
Zione	787	21,6	78,4	918	25,9	74,1
Islão	507	25,1	75,0	658	41,3	58,7
Outra	146	34,3	65,8	159	22,0	78,0
Sem Religião	322	16,8	83,2	394	25,4	74,6
Nível de escolaridade						
Nenhum	540	13,5	86,5	708	36,7	63,3
1-7 Anos	1975	21,3	78,7	2377	34,0	66,0
8 Anos ou mais	1237	32,3	67,7	1352	16,9	83,1
Posição de ocupação profissional						
Baixo	3305	22,6	77,4	na	na	na
Elevado	447	32,7	67,3	na	na	na
Posição de riqueza do agregado familiar						
Baixo	917	15,4	84,6	na	na	na
Médio	642	18,1	81,9	na	na	na
Elevado	2193	29,0	71,0	na	na	na
Idade da primeira relação sexual						
15 ou mais anos	2665	24,1	75,9	na	na	na
Menos de 15 anos	1087	22,9	77,1	na	na	na

Tabela 7.1. Continuada.

Exposição aos Media						
Não exposta	1521	20,5	79,6	1872	34,6	65,4
Exposta	2231	26,0	74,0	2565	25,3	74,7
Sabe que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV						
Não	1203	22,0	78,0	na	na	na
Sim	2549	24,6	75,4	na	na	na
Sabe que ter um único parceiro sexual não infectado que não tenha outra parceira/ parceiro protege do HIV						
Não	796	21,7	78,3	na	na	na
Sim	2956	24,3	75,7	na	na	na
Alguma vez fez um teste de HIV						
Não	1402	28,3	71,8	na	na	na
Sim	2350	21,1	78,9	na	na	na
Sabe que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebe						
Não	550	23,5	76,6	na	na	na
Sim	3202	23,8	76,2	na	na	na
Número de parceiros sexuais na vida						
1 Parceiro	1669	16,8	83,2	na	na	na
2 Parceiros	1042	23,6	76,4	na	na	na
3 Parceiros	536	36,4	63,6	na	na	na
4 Parceiros ou mais	505	33,9	66,1	na	na	na
Local de residência						
Rural	2023	17,5	82,5	2452	32,7	67,3
Urbano	1729	31,1	68,9	1985	24,9	75,1
Total	3752	23,8	76,2	4437	29,2	70,8

Nota: na=não aplicável.

Fonte: IDS 2011.

Tabela 7.2: Estatísticas descritivas seleccionadas, homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Actividade sexual insegura, Homens 15-24 anos (em percentagem, n=1034)		
	n	Sim	Não
Idade			
15-19 Anos	491	57,2	42,8
20-24 Anos	543	49,9	50,1
Estado civil			
Casado ou unido	298	37,6	62,4
Não casado ou unido	736	59,8	40,2
Nível de escolaridade			
Nenhum	46	52,2	47,8
1-7 Anos	535	57,0	43,0
8 Anos ou mais	453	49,2	50,8
Posição de ocupação profissional			
Baixo	771	52,7	47,3
Elevado	263	55,5	44,5
Posição de riqueza do agregado familiar			
Baixo	268	57,5	42,5
Médio	157	56,1	43,9
Elevado	609	50,9	49,1
Idade da primeira relação sexual			
15 Anos ou mais	785	53,8	46,2
Menos de 15 anos	249	52,2	47,8
Exposição à mídia			
Não exposto	227	52,0	48,0
Exposto	807	53,8	46,2
Sabe que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV			
Sim	894	51,1	48,9
Não	140	67,9	32,1
Sabe que ter uma única parceira sexual não infectada que não tenha outro parceiro protege do HIV			
Sim	964	52,8	47,2
Não	70	61,4	38,6
Alguma vez fez um teste de HIV			
Sim	278	47,8	52,2
Não	756	55,4	44,6
Sabe que há medicamentos para evitar a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé			
Sim	847	53,0	47,0
Não	187	55,1	44,9
Número de parceiras sexuais na vida			
1 Parceira	165	47,9	52,1
2 Parceiras	174	48,3	51,7
3 Parceiras	174	44,2	55,8
4 Parceiras ou mais	521	60,0	40,0
Local de residência			
Rural	499	56,1	43,9
Urbano	535	50,8	49,2
Total	1034	53,4	46,6

Fonte: IDS 2011.

Tabela 7.3: Estatísticas descritivas seleccionadas, homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Idade da primeira relação sexual antes dos 15 anos, Homens 15-24 anos (em percentagem, n=1514)		
	n	Sim	Não
Idade			
15-19 anos	887	18,7	81,3
20-24 anos	627	19,6	80,4
Religião			
Católica	451	19,3	80,7
Evangélica ou pentecostal	223	20,6	79,4
Protestante	81	21,0	79,0
Zione	223	17,5	82,5
Islão	196	19,9	80,1
Outra	42	21,4	78,6
Sem religião	298	17,5	82,5
Nível de escolaridade			
Nenhum	88	19,3	80,7
1-7 Anos	862	18,2	81,8
8 Anos ou mais	564	20,4	79,6
Exposição à mídia			
Não exposto	379	16,4	83,6
Exposto	1135	20,0	80,0
Local de residência			
Rural	770	15,6	84,4
Urbano	744	22,7	77,3
Total	1514	19,1	80,9

Fonte: IDS 2011.

A Tabela 7.4 apresenta os resultados da análise dos factores individuais associados com a prática de actividade sexual insegura entre as jovens. As jovens solteiras são substancialmente mais susceptíveis a prática de actividade sexual insegura do que as casadas ou unidas. As jovens mais novas ou de posição de ocupação profissional elevada são significativamente mais propensas de terem praticado uma actividade sexual insegura um ano antes do inquérito. O número de parceiros sexuais na vida é um outro factor significativamente associado com a prática da actividade sexual insegura entre as jovens. Quanto maior for o número de parceiros sexuais que uma jovem teve na vida, maior é a probabilidade de ela ter praticado uma actividade sexual insegura, um ano antes da data da entrevista. Por exemplo, em comparação com as jovens que tiveram apenas um parceiro sexual na vida, a probabilidade de prática de uma actividade sexual insegura entre as jovens que tiveram 3 parceiros ou mais na vida é mais de 2 vezes maior,

ajustamendo por outros factores no modelo. A probabilidade de prática de uma actividade sexual insegura entre as jovens que alguma vez fizeram um teste de HIV é cerca de 32% mais baixa em comparação com a sua contraparte [Razão de probabilidade (RP) =0,68; $p < 0,01$].

Tabela 7.4: Factores individuais associados com a prática da actividade sexual insegura entre as mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Actividade sexual insegura (Razão de probabilidades)
Idade	
20-24 anos (referência)	1
15-19 anos	1,28*
Estado Civil	
Casada ou unida (referência)	1
Não casada ou unida	15,39**
Nível de escolaridade	
Nenhum (referência)	1
1-7 anos	1,08
8 anos ou mais	0,87
Posição de ocupação profissional	
Baixo (referencia)	1
Elevado	1,42*
Posição de riqueza do agregado familiar	
Baixo (referência)	1
Médio	1,17
Elevado	1,16
Idade da primeira relação sexual	
15 Anos ou mais (referência)	1
Menos de 15 anos	1,09
Exposição à mídia	
Não exposta (referência)	1
Exposta	0,98
Sabe que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV	
Não (referência)	1
Sim	0,96

Tabela 7.4. Continuada.

Sabe que ter um único parceiro sexual não infectado que não tenha outra parceira/parceiro protege do HIV	
Não (referência)	1
Sim	1,07
Alguma vez fez um teste de HIV	
Não (referência)	1
Sim	0,68**
Sabe que há medicamentos para evitar a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé	
Não (referência)	1
Sim	1,01
Número de parceiros sexuais na vida	
1 Parceiro (referência)	1
2 Parceiros	1,53**
3 Parceiros	2,82**
4 Parceiros ou mais	2,68**
Local de residência	
Rural (referência)	1
Urbano	0,98
Interceptor	0,04**
Logaritmo de verosimilhança	-1514,28
N	3752

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$

Fonte: IDS 2011.

A avaliação dos factores individuais associados com o início precoce da actividade sexual é feita na Tabela 7.5. Em comparação com as jovens dos 20 a 24 anos, aquelas com 15 a 19 anos são significativamente mais susceptíveis de iniciar a actividade sexual antes dos 15 anos, controlando por outros factores no modelo. Os resultados na Tabela 7.5 também revelam que as jovens evangélicas ou pentecostais, as ziones, as sem religião são menos propensas de iniciar a actividade sexual precocemente do que as católicas enquanto a probabilidade de iniciar a actividade sexual antes dos 15 anos de idade entre as jovens islâmicas é cerca de 25% mais elevada do que entre as católicas. As jovens com 8 ou mais anos de escolaridade e as expostas à mídia apresentam uma baixa probabilidade de início precoce de actividade sexual do que o grupo de comparação.

Tabela 7.5: Factores individuais associados com o início da actividade sexual antes dos 15 anos de idade, mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Idade de primeira relação sexual antes dos 15 anos (Razão de probabilidades)
Idade	
20-24 Anos (referência)	1
15-19 Anos	1,26**
Religião	
Católica (referência)	1
Evangélica ou pentecostal	0,63**
Protestante	86
Zione	0,70**
Islão	1,25*
Outra	0,75
Sem religião	0,61**
Nível de escolaridade	
Nenhum (referência)	1
1-7 Anos	0,92
8 Anos ou mais	0,37**
Exposição à mídia	
Não exposta (referência)	1
Exposta	0,79**
Local de residência	
Rural (referência)	1
Urbano	1,04
Interceptor	0,64**
Logaritmo de verosimilhança	-2549,54
N	4437

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$

Fonte: IDS 2011.

As Tabelas 7.6 e 7.7 mostram os resultados da análise dos factores contextuais associados à prática de comportamento sexual de risco entre as jovens. Na Tabela 7.6, observa-se que as jovens residentes nas comunidades com elevado nível de educação feminina e em comunidades onde há uma maior percentagem de mulheres que sabem que há medicamentos para evitar a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé têm menos probabilidade de ter praticado uma actividade sexual insegura no ano anterior ao inquérito, controlando por outros factores no modelo. Por sua vez, a Tabela 7.7 revela a existência de uma associação entre as características religiosas da comunidade de residência das jovens e o início precoce da actividade sexual. As jovens residentes em comunidades com elevada percentagem de mulheres católicas, protestantes ou islâmicas são mais susceptíveis de iniciar a actividade sexual precocemente. Por exemplo, a probabilidade de ter

iniciado a actividade sexual antes dos 15 anos é cerca de três vezes maior para as jovens residentes em comunidades com elevada percentagem de mulheres protestantes. Ainda na Tabela 7.7 observa-se que a exposição à mídia tem um efeito negativo sobre o início precoce da actividade sexual entre as jovens. Uma jovem que vive numa comunidade com uma elevada percentagem de mulheres que têm acesso à mídia apresenta uma probabilidade de início precoce de actividade sexual, que é baixa em cerca de 34% (RP=0,66; $p < 0,1$).

Na Tabela 7.7, observa-se também que viver numa comunidade onde o nível de parceiros sexuais tidos pelas mulheres na vida é elevado é significativamente associado ao início precoce da actividade sexual. Em comparação com as jovens que vivem em comunidades com baixo nível de parceiros sexuais que as mulheres tiveram na vida, aquelas residentes em comunidades com elevado nível de parceiros sexuais que as mulheres tiveram na vida apresentam uma probabilidade de início precoce da actividade sexual que é superior em cerca de 6%.

Tabela 7.6: Factores contextuais associados com a prática da actividade sexual de risco entre as mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável de nível comunitário	Actividade sexual insegura (Razão de probabilidades)
Nível médio de escolaridade da mulher na comunidade	0,90*
Percentagem de mulheres na comunidade com elevada posição de ocupação profissional	0,59
Percentagem de mulheres na comunidade com elevada posição de riqueza do agregado familiar	1,26
Percentagem de mulheres na comunidade expostas à mídia	0,79
Percentagem de mulheres na comunidade cuja idade da primeira relação sexual foi antes dos 15 anos	1,44
Número médio de parceiros sexuais já tidos pelas mulheres na comunidade	0,57
Percentagem de mulheres na comunidade que sabem que ter um único parceiro sexual que não tenha outra parceira/parceiro reduz o risco de adquirir o SIDA ou que sabem que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV	1,54
Percentagem de mulheres na comunidade que sabem que há medicamentos para evitar a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebe	0,32*
Percentagem de mulheres na comunidade que alguma vez fizeram um teste de HIV	1,42
Interceptor de nível comunitário	1,60*
Logaritmo de verosimilhança	-1500,94
N	3752

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$.

Ajustamentos: Idade, estado civil, nível de escolaridade, posição de ocupação profissional, posição de riqueza do agregado familiar, exposição à mídia, idade da primeira relação sexual, se sabe que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV, se sabe que ter um único parceiro não infectado protege do HIV, se alguma vez fez um teste de HIV, se sabe que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebe, número de parceiros sexuais na vida e área de residência.

Fonte: IDS 2011.

Tabela 7.7: Factores contextuais associados com o início precoce da actividade sexual entre as mulheres dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável de nível comunitário	Idade da primeira relação sexual antes dos 15 anos (Razão de probabilidades)
Nível médio de escolaridade da mulher na comunidade	1,00
Percentagem de mulheres na comunidade com elevada posição de riqueza do agregado familiar	0,97
Percentagem de mulheres na comunidade expostas à mídia	0,66†
Número médio de parceiros sexuais já tidos pelas mulheres na comunidade	1,06*
Percentagem de mulheres na comunidade que são católicas	1,79†
Percentagem de mulheres na comunidade que são evangélicas ou pentecostais	0,68
Percentagem de mulheres na comunidade que são protestantes	2,95*
Percentagem de mulheres na comunidade que são ziones	0,84
Percentagem de mulheres na comunidade que são islâmicas	1,80†
Interceptor de nível comunitário	1,53*
Logaritmo de verosimilhança	-2529,28
N	4437

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$.

Ajustamentos: idade, religião, nível de escolaridade, exposição à mídia e área de residência.

Fonte: IDS 2011.

A seguir são apresentados os resultados referentes aos factores associados ao risco de prática de comportamento sexual de risco entre os jovens. Como mostra a Tabela 7.8, a probabilidade de um jovem solteiro ter praticado uma actividade sexual insegura nos 12 meses anteriores ao inquérito é largamente elevada a do grupo de referência. Este resultado é similar ao encontrado entre as jovens. Os jovens que são de famílias com uma elevada posição de riqueza são significativamente menos propensos de ter praticado uma actividade sexual insegura um ano antes do inquérito. Aqueles jovens que iniciaram a actividade sexual antes dos 15 anos de idade apresentam uma probabilidade de ter praticado uma actividade sexual insegura no ano anterior ao inquérito inferior em cerca de 28% (RP=0,72; $p < 0,1$). Os jovens que sabem que usar preservativo durante o sexo protege do HIV são cerca de 50% menos

propensos de prática de actividade sexual de risco do que os seus pares ($p < 0,01$). No que diz respeito à influência do número de parceiros sexuais tidos na vida, apenas os jovens que têm 4 ou mais parceiros sexuais é que são significativamente diferentes do grupo de referência em relação à prática de actividade sexual insegura (RP=2,66; $p < 0,01$).

Tabela 7.8: Factores individuais associados com a prática de actividade sexual insegura entre os homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Actividade sexual insegura (Razão de probabilidades)
Idade	
20-24 anos (referência)	1
15-19 anos	1,02
Estado civil	
Casado ou unido (referência)	1
Não casado ou unido	4,27**
Nível de escolaridade	
Nenhum (referência)	1
1-7 Anos	1,63
8 Anos ou mais	1,17
Posição de ocupação profissional	
Baixo (referência)	1
Elevado	1,25
Posição de riqueza do agregado familiar	
Baixo (referência)	1
Médio	0,84
Elevado	0,62*
Idade da primeira relação sexual	
15 ou mais anos (referência)	1
Menos de 15 anos	0,72†
Exposição à mídia	
Não exposto (referência)	1
Exposto	1,09
Sabe que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV	
Não (referência)	1
Sim	0,50**
Sabe que ter um único parceiro sexual não infectado que não tenha outra parceira/parceiro protege do HIV	
Não (referência)	1
Sim	0,74
Alguma vez fez um teste de HIV	
Não (referência)	1
Sim	0,87

Tabela 7.8. Continuada.

Sabe que há medicamentos para evitar a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé	
Não (referência)	1
Sim	1,05
Número de parceiras sexuais na vida	
1 Parceira (referência)	1
2 Parceiras	1,20
3 Parceiras	1,16
4 Parceiras ou mais	2,70**
Local de residência	
Rural (referência)	1
Urbano	0,73
Interceptor	0,65
Logaritmo de verosimilhança	-651,87
N	1034

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$

Fonte: IDS 2011.

No que diz respeito à avaliação dos factores individuais, que têm influência no início precoce da actividade sexual entre os jovens, os resultados na Tabela 7.9 revelam que a área de residência é o factor mais importante. A probabilidade de iniciar a actividade sexual precocemente entre os jovens residentes nas áreas urbanas é significativamente superior em cerca de 63% em comparação aos jovens das áreas rurais. Outros factores não apresentam uma associação estatisticamente significativa com o início da actividade sexual antes dos 15 anos.

Tabela 7.9: Factores individuais associados com o início da actividade sexual antes dos 15 anos entre os homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Idade de primeira relação sexual antes dos 15 anos (Razão de probabilidades)
Idade	
20-24 anos (referência)	1
15-19 anos	0,93
Religião	
Católica (referência)	1
Evangélica ou pentecostal	1,05
Protestante	1,07
Zione	0,95
Islão	1,05
Outra	1,03
Sem Religião	0,89
Nível de escolaridade	
Nenhum (referência)	1
1-7 Anos	0,83
8 Anos ou mais	0,76
Exposição à mídia	
Não Exposto (referência)	1
Exposto	1,13
Local de residência	
Rural (referência)	1
Urbano	1,63**
Interceptor	0,20**
Logaritmo de verosimilhança	-729,79
N	1514

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$

Fonte: IDS 2011.

Passamos para a avaliação da influência dos factores contextuais sobre o comportamento sexual de risco entre os jovens. A Tabela 7.10 indica que os jovens de comunidades com elevado nível de educação masculina ou os de comunidades com elevada posição de riqueza do agregado familiar têm significativamente uma probabilidade de prática de actividade sexual insegura inferior do que os das outras comunidades. Residir numa comunidade com uma média elevada de parceiros sexuais tidos pelos homens durante a vida

tem um efeito positivo sobre a prática de uma actividade sexual insegura. A probabilidade de um jovem residente em tal comunidade ter praticado uma actividade sexual insegura no ano anterior ao do inquérito é maior em cerca de 56% em comparação com a sua contraparte ($p < 0,05$).

Tabela 7.10: Factores contextuais associados com a prática de actividade sexual insegura entre os homens dos 15-24 anos, Moçambique 2011

Variável de nível comunitário	Actividade sexual insegura (Razão de probabilidades)
Nível médio de escolaridade masculina na comunidade	0,80**
Percentagem de homens na comunidade com elevada posição de ocupação profissional	1,25
Percentagem de homens na comunidade com elevada posição de riqueza do agregado familiar	0,29**
Percentagem de homens na comunidade expostos à mídia	1,19
Percentagem de homens na comunidade cuja idade da primeira relação sexual foi antes dos 15 anos	1,90
Número médio de parceiras sexuais já tidas pelos homens na comunidade	1,56**
Percentagem de homens na comunidade que sabem que ter uma única parceira sexual que não tenha outro parceiro/parceira reduz o risco de adquirir o SIDA ou que sabem que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV	1,01
Percentagem de homens na comunidade que sabem que há medicamentos para evitar a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé	1,47
Percentagem de homens na comunidade que alguma vez fizeram um teste de HIV	1,40
Interceptor de nível comunitário	1,85
Logaritmo de Verosimilhança	-630,08
N	1034

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$.

Ajustamentos: idade, estado civil, nível de escolaridade, posição de ocupação profissional, posição de riqueza do agregado familiar, exposição à mídia, idade da primeira relação sexual, se sabe que usar sempre preservativo durante o sexo protege do HIV, se sabe que ter uma única parceira não infectada protege do HIV, se alguma vez fez um teste de HIV, se sabe que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebé, número de parceiros sexuais na vida e área de residência.

Fonte: IDS 2011.

Quanto aos factores contextuais associados com o início da actividade sexual antes dos 15 anos de idade entre os jovens, o número médio de parceiras sexuais já tidas pelos homens durante a vida na comunidade é o factor com uma influência mais significativa (Tabela 7. 11).

Tabela 7.11: Factores contextuais associados com o início da actividade sexual antes dos 15 anos entre os homens dos 15-24 anos, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável de nível comunitário	Idade de Primeira Relação Sexual Antes dos 15 Anos (Razão de Probabilidades)
Nível médio de escolaridade masculina na comunidade	1,01
Percentagem de homens na comunidade com elevado estatuto de riqueza do agregado familiar	0,83
Percentagem de homens na comunidade expostos à mídia	0,97
Número médio de parceiras sexuais já tidas pelos homens na comunidade	1,65**
Percentagem de homens na comunidade que são católicas	0,80
Percentagem de homens na comunidade que são evangélicas ou pentecostais	1,62
Percentagem de homens na comunidade que são protestantes	2,59
Percentagem de homens na comunidade que são ziones	1,00
Percentagem de homens na comunidade que são islâmicas	1,91
Interceptor de nível comunitário	1,49*
Logaritmo de Verossimilhança	-716,86
N	1513

Notas: †- $p < 0,1$; *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$.

Ajustamentos: idade, religião, nível de escolaridade, exposição à mídia e área de residência.

Fonte: IDS 2011.

Na Tabela 7.11 observa-se também que os jovens de comunidades em que os homens tiveram mais parceiras sexuais na vida apresentam uma probabilidade de iniciar a actividade sexual antes dos 15 anos de idade maior em cerca de 65%, controlando por outros factores no modelo.

Discussão e Conclusões

Em Moçambique a prática do comportamento sexual de risco é uma preocupação principalmente considerando que o país está seriamente afectado pelo HIV e SIDA e que a actividade sexual é a principal via de infecção pelo HIV. Contudo, o conhecimento das condições que expõem ou protegem os jovens da prática de comportamento sexual de risco ainda é limitado. É neste contexto que este capítulo procurou examinar os factores individuais e contextuais da prática de comportamento sexual de risco entre as jovens e os jovens em Moçambique. Em relação às características individuais, este estudo constatou que as mulheres jovens com 15 a 19 anos, as solteiras e as que tiveram mais parceiros sexuais na vida apresentam uma probabilidade de prática de actividade sexual insegura maior em relação à sua contraparte. Estas constatações são consistentes com a investigação sobre o comportamento sexual de risco entre os jovens na África subsaariana (ex., Dimbuene & Defo, 2011) e sugerem que as mulheres mais jovens e solteiras deveriam ser encorajadas a retardar o início da actividade sexual.

Ter alguma vez feito um teste de HIV é um factor negativamente associado com a prática da actividade sexual insegura entre as mulheres jovens. Muitas vezes, a testagem do HIV é antecedida e seguida de um aconselhamento sobre o HIV e SIDA – incluindo a explicação sobre as vias de prevenção do HIV e outras infecções de transmissão sexual. É possível que o efeito negativo da testagem do HIV sobre a prática da actividade sexual insegura entre as jovens esteja também ligado a esse facto.

O estudo constatou igualmente que a religião a que o indivíduo pertence é um factor influente na prática do comportamento sexual de risco. Em particular, o estudo observou que as jovens evangélicas ou pentecostais, as ziones, as sem religião são menos propensas de iniciar a actividade sexual precocemente em comparação com as católicas. Não está claro porquê as jovens católicas têm maior probabilidade de iniciar a actividade sexual precocemente. Todavia, Gyimah *et al.* (2010) argumentaram que em Gana algumas denominações cristãs têm relaxado a socialização e a exigência do cumprimento das doutrinas religiosas que governam o comportamento sexual.

Este estudo também constatou que as jovens islâmicas apresentavam uma maior probabilidade de início precoce da actividade sexual em comparação com as católicas. Investigações em outras partes de África revelaram que em

comparação com as católicas, as jovens islâmicas tendem a guardar castidade até ao casamento (ex., Addai, 2000).

Na análise referente aos homens jovens, constatou-se que os solteiros, os com quatro ou mais parceiros sexuais na vida apresentam uma maior probabilidade de prática de actividade sexual insegura. Os jovens que sabem que usar preservativo durante o sexo protege do HIV são cerca de 50% menos propensos de prática de actividade sexual insegura. Em relação ao início precoce da actividade sexual entre os jovens, a residência na área urbana é o factor mais importante.

Este estudo também examinou os factores contextuais associados à prática do comportamento sexual de risco entre as mulheres jovens e os homens jovens. Residir numa comunidade com um nível médio de educação feminina elevado protege as mulheres jovens da prática de actividade sexual insegura. Similarmente, os homens jovens residentes em comunidades com um nível médio de educação masculina elevado são menos propensos à prática de actividade sexual insegura. Estudos anteriores argumentaram que a educação pode servir como um mecanismo de socialização que ajuda as jovens e os jovens a saber procurar e usar melhor a informação que lhes pode proteger do risco à sua saúde (Ukwuani, Tsui & Suchindran, 2003; UNAIDS, 2000). Constatou-se ainda que viver numa comunidade onde os homens têm um número médio de parceiras sexuais elevado encoraja o início precoce da actividade sexual e a prática de actividade sexual insegura entre os homens jovens. Provavelmente a maior prevalência da prática de parceiros múltiplos pelos homens na comunidade seja encarada pelos mais novos como um comportamento normal que deva ser seguido. Programas de prevenção do HIV e SIDA deveriam reforçar o desencorajamento da prática de parceiros múltiplos.

Este estudo também constatou que o contexto religioso na comunidade tem influência sobre o comportamento sexual de risco, particularmente entre as mulheres jovens. As mulheres jovens residentes em comunidades com elevada percentagem de mulheres católicas, protestantes ou islâmicas são mais susceptíveis de iniciar a actividade sexual precocemente. Igualmente, programas de prevenção do HIV e SIDA poderiam trabalhar com estas denominações religiosas para encorajarem o início tardio da actividade sexual entre os jovens em comunidades onde elas predominam.

Em geral, as constatações neste capítulo alertam para a necessidade de se prestar atenção tanto aos factores individuais assim como aos contextuais nos esforços tendentes à redução do comportamento sexual de risco entre as mulheres jovens e os homens jovens em Moçambique.

Referências bibliográficas

- Addai, I. 2000. "Religious affiliation and sexual initiation among Ghanaian women". *Review of Religious Research*. 41(3):328-343.
- Ajzen, I. & J. Klobas. 2013. "Fertility intentions: an approach based on the theory of planned behavior". *Demographic Research*. 29(8):203-232.
- Ajzen, I. 1991. "The theory of planned behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50:179-211.
- Bernard, P., R. Charafeddine, K.L. Frohlich, M. Daniel, Y. Kestens & L. Potvin. 2007. "Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood". *Social Science & Medicine*. 65:1839-1852.
- Brewster, K.L. 1994. "Neighborhood context and the transition to sexual activity among young black women". *Demography*. 31(4):603-614.
- Brewster, K.L.; J.O.G. Billy. & W.R. Grady. 1993. "Social context and adolescent behavior: the impact of community on the transition to sexual activity". *Social Forces*. 71(3):713-740.
- Cialdin, R.B., L.J. Demaine, B.J. Sagarin, D.W. Barret, K. Rhoads & P.L. Winter. 2006. "Managing social norms for persuasive impact". *Social Influence*. 1(1):3-15.
- Cialdini, R.B., R.R. Reno & C.A. Kallgren. 1990. "A focus theory of normative conduct: recycling the concept of norms to reduce littering in public spaces". *Journal of Personality and Social Psychology*. 58(6):1015-1026.
- Cummins, S., S. Curtis, A.V. Diez-Roux & S. Macintyre. 2007. "Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach". *Social Science & Medicine*. 65:1825-1838.

- De Walque, D., H. Kazianga & M. Over. 2011. Antiretroviral therapy awareness and risky sexual behaviors: evidence from Mozambique. Working Paper 239. Center for Global Development.
- Diez-Roux, A.V.1998. "Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis". *American Journal of Public Health*. 88: 216-222.
- Dimbuene, Z.T. & B.K. Defo. 2011. Risky sexual behaviour among unmarried young people in Camerron: another look at family environment. *Journal of Biosocial Science*. 43:129-153.
- Gyimah, S.O., E.Y. Tenkorang, B. Takyi, J. Adjei & G. Fosu, G. 2010. "Religion, HIV/AIDS and sexual risk-taking among men in Ghana". *Journal of Biosocial Science*. 42:531-547.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. 2010. III Recenseamento geral da população e habitação 2007: indicadores sociodemográficos. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INS [Instituto Nacional da Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.
- Machel, J.Z. 2001. "Unsafe sexual behaviour among sechoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class". *Reproductive Health Matters*. 9(17):82-90.
- Macintyre, S., A. Ellaway & S. Cummins. 2002. "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalize and measure them?". *Social Science & Medicine*. 55:125-139.
- Manuel, S. 2005. "Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique". *Culture, Health & Sexuality*. 7(3):293-302.

- MISAU [Ministério da Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICFI [ICF International]. 2013. Moçambique inquérito demográfico e de saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- Prata, N., L. Morris, E. Mazive, F. Vahidnia & M. Stehr. 2006. "Relationship between HIV risk perception and condom use: evidence from a population-based survey in Mozambique". *International Family Planning Perspectives*. 32(4):192-200.
- Reinecke, J., P. Schmidt & I. Ajzen. 1996. "Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: a panel study". *Journal of Applied Social Psychology*. 26(9):749-772.
- Rimal, R.N. & K. Real. 2003. "Understanding the influence of perceived norms on behaviors". *Communication Theory*. 13(2):184-203.
- Rimal, R.N. & K. Real. 2005. "How behaviors are influenced by perceived norms: a test of the theory of normative social behavior". *Communication Research*. 32(3):389-414.
- Uchudi, J., M. Magadi & M. Mostazir. 2012. "A multilevel analysis of the determinants of high-risk sexual behaviour in sub-Saharan Africa". *Journal of Biosocial Science*. 44:289-311.
- Ukwani, F.A., A. O. Tsui & C.M. Suchindran. 2003. Condom use for preventing HIV infection/AIDS in sub-saharan Africa. *J Acquir. Immune Defic. Syndr*. 34:203-213.
- UNAIDS [Joint United Nations Programme on HIV/AIDS]. 2000. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS [Joint United Nations Programme on HIV/AIDS]. 2004. Women and HIV/AIDS: confronting the epidemic. Geneva e New York: UNAIDS, UNFPA e UNIFEM.
- UNAIDS [Joint United Nations Programme on HIV/AIDS]. 2013. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Capítulo 8

HIV E OS DESAFIOS DO ENSINO E APRENDIZAGEM: UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES E RISCOS DE CONTRAIR O HIV EM ADOLESCENTES DO ENSINO SECUNDÁRIO EM MAPUTO

Elsa Langa

Baltazar Chilundo

Introdução

Dados da ONU/SIDA, do ano de 2010, apontam que 42% de novas infecções pelo HIV ocorreram em adolescentes e jovens, dos 15 aos 24 anos de idade (UNAIDS, 2012a). Perto de 80% (quatro milhões) destas novas infecções ocorreram na África Subsaariana, sendo as do sexo feminino representando o dobro dos novos casos reportados (UNAIDS, 2012a).

Em linha com este grande panorama do HIV da África Subsaariana, em Moçambique os adolescentes e jovens constituem parte considerável da população largamente afectada pelo HIV. Dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA, 2009) mostram que a prevalência do HIV no seio de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos foi de 7.9%, ou seja aproximadamente 1 em cada 12 adolescentes e jovens vive com o vírus da SIDA, sendo assim uma das taxas mais altas do mundo. As mulheres jovens são as mais afectadas (11,1%) do que os homens jovens (3,7%) (INS *et al.*, 2010).

Esta evidência coloca Moçambique num ambiente de desafios para o seu desenvolvimento a médio e longo prazos, devido ao impacto negativo do HIV na sua força produtiva (UNAIDS, 2010).

O relatório da ONUSIDA de 2012 destaca que:

Educação sexual apropriada à idade pode aumentar o conhecimento e contribuir para o comportamento sexual mais responsável. No entanto, existem diferenças significativas no mesmo conhecimento básico sobre HIV e sua transmissão. Em 26 dos 31 países com epidemia generalizada em que pesquisas nacionais representativas foram realizadas recentemente, menos de 50% das mulheres jovens tinham conhecimento abrangente¹ sobre o HIV... (UNAIDS, 2012b:18).

O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS, 2011) de Moçambique, destaca que o conhecimento abrangente sobre o HIV foi de apenas 30,2% no seio das mulheres jovens, dos 15 aos 24 anos de idade (27,2% em raparigas dos 15 aos 19 anos e 33,7% em mulheres dos 20 aos 24 anos) e de 51,8% no seio de homens dos 15 aos 24 anos de idade (48,5% em rapazes dos 15 aos 19 anos e 56,5% em homens dos 20 aos 24 anos), portanto uma situação ainda pior (INE, 2013).

Para reverter o actual cenário, está em curso a implementação do plano estratégico multisectorial do HIV e SIDA (PEN III: 2010-2014), que destaca uma abordagem combinada de intervenções comportamentais, estruturais e dos serviços nas comunidades, escolas e locais de concentração (redes) de adolescentes e jovens (Conselho de Ministros, 2010).

¹ Conhecimento abrangente significa saber que o uso consistente de preservativo durante as relações sexuais e ter somente um parceiro sexual não infectado e que seja fiel, podem reduzir o risco de infecção pelo HIV; saber que uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora do HIV; e rejeitar as duas concepções erradas mais comuns sobre a transmissão e a prevenção do HIV (INE, 2013).

Os Ministérios da Juventude e Desportos (MJD), da Educação (MINED) e da Saúde (MISAU) gerem um programa multisectorial designado Programa Geração BIZ (PGB), que tem como objectivo promover a educação sexual reprodutiva aos adolescentes e jovens com idades compreendidas entre 10 a 24 anos no país, dentro e fora da escola, e está ligado ao Serviço de Apoio Amigo dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) (CNCS & UNGASS, 2009; Jacinto *et al.*, 2012).

Apesar do esforço empreendido pelo governo e parceiros, as evidências revelam que existem várias limitações para a implementação destes programas, prova disso é que os adolescentes apresentam alta prevalência dos comportamentos de risco ao HIV devido ao seu comportamento imprevisível, pois, geralmente não conseguem avaliar as consequências adversas de suas acções (Kwizera *et al.*, 2011). Adicionalmente, surgem as gravidezes nas escolas como resultado de sexo desprotegido que também concorre para a transmissão do HIV. Por exemplo, o INSIDA (2009) reportou que 25% dos jovens de 15 a 24 anos de idade referiram ter tido relações sexuais antes dos 15 anos de idade, enquanto 9% das raparigas e 15% dos rapazes de 12 a 14 anos referiram que já tiveram relações sexuais. Entre jovens de 15 a 24 anos não casados, 54% das mulheres e 62% dos homens reportaram terem praticado relações sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito (INS *et al.*, 2010).

O presente estudo apresenta a situação actual da vulnerabilidade ao HIV no seio dos adolescentes do ensino secundário através duma análise dos conhecimentos, comportamentos e das percepções e riscos de contrair o HIV, procura delinear os potenciais desafios no processo de ensino e aprendizagem.

O capítulo está organizado da seguinte maneira: na 1ª Secção faz-se uma revisão que inclui o quadro teórico e conceitual, através da ilustração dos conceitos importantes sobre o tema. A 2ª Secção apresenta os métodos aplicados na realização do estudo. A 3ª Secção apresenta os resultados e, por último, a 4ª Secção trata da discussão e conclusão do estudo.

Quadro teórico e conceptual

Esta secção apresenta o quadro teórico e conceptual que permitem abordar os antecedentes da realidade dos adolescentes para melhor entender as percepções e riscos de contrair o HIV em adolescentes.

Adolescência

A adolescência pode ser entendida como um processo de transição, na qual algumas etapas de desenvolvimento não tenham sido completamente adquiridas, favorecendo maior exposição a riscos (Ayres *et al.*, 2006). Ela distingue-se por recortes etários, identificando-se a adolescência prematura, de 10 a 14 anos, e a adolescência tardia, de 15 a 19 anos (OMS, 1995). Note-se que cada indivíduo vive esse período de modo diferente, dependendo da sua maturidade física, emocional e cognitiva, assim como outras contingências (UNICEF, 2011).

Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade ao HIV e SIDA pode ser compreendido como diferentes graus e naturezas da susceptibilidade de indivíduos e colectividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, que integram dimensões individuais ou comportamentais, sociais ou contextuais e as programáticas ou institucionais (Kalipeni, 2007).

Percepção de risco

A percepção do risco é composta de diferentes factores que podem ser agrupados em diferentes níveis, nomeadamente, o intrapessoal, o interpessoal e o grupal. A combinação de factores de diferentes níveis pode colocar o adolescente numa situação de risco onde este não seja capaz de avaliar as consequências do seu comportamento (Antunes *et al.*, 2008).

Comportamento

O adolescente experimenta mudanças físicas, psicológicas e sociais que podem interferir no seu comportamento normal. A adolescência é um período em que o indivíduo está exposto a factores e condutas de risco motivadas por estas mudanças. As mudanças físicas incluem crescimento corporal, desenvolvimento sexual e início da capacidade reprodutiva, que levam ao início das relações sexuais. As mudanças psicológicas englobam a necessidade de independência, que traz relações conflituosas com os pais, a busca da sua identidade, as contradições nas manifestações da conduta

e as flutuações do estado de ânimo. Nas mudanças sociais, encontra-se a tendência de reunir-se e identificar-se com os grupos (Pineda & Santiago, 1999, Ugarte, 2006).

A mudança de comportamento tem uma influência social relacionada com diversos factores como normas e práticas tradicionais, religiosas, e relações de gênero, bem como a interpretação pessoal da sua influência social pelo indivíduo.

Educação sexual e prevenção dos comportamentos de risco

Evidências internacionais nas escolas deixam perceber que existe uma fraqueza de educação sexual, habilidades para a vida, visto que menos de 70% dos países com epidemia generalizada providenciam educação sobre HIV baseada na escola, o que pode explicar o baixo nível de conhecimento no seio dos jovens (Piot *et al.*, 2008).

A abordagem sobre HIV nas escolas é igualmente um grande desafio para os países da África Subsaariana. Na Nigéria, um estudo envolvendo 592 escolas do ensino secundário revelou que ainda existem algumas lacunas de conhecimento sobre os métodos de transmissão e prevenção do HIV, como mostra o facto de haver alguma crença de que o HIV pode ser transmitido através da picada do mosquito ou do beijo (Bamise, *et al.*, 2011). Na Costa do Marfim, apenas 18% das meninas entre 15 a 24 anos de idade tinham conhecimentos abrangentes sobre o HIV, em comparação com 28% dos meninos ao passo que a prevalência de HIV, entre nas meninas, era três vezes mais alta do que entre os meninos (2,4% e 0,8%) (UNICEF, 2011).

Os estudos de base populacional como INSIDA e IDS revelam que a educação está positivamente relacionada com certos factores de risco para o HIV, incluindo a probabilidade de ter relações sexuais antes do casamento (INS *et al.*, 2010, INE, 2013). Estes estudos convergem no facto de admitirem a necessidade de se envidarem esforços para promover a saúde sexual reprodutiva, incluindo o HIV e SIDA na escola, por se tratar de um lugar privilegiado para a abordagem aos adolescentes, planificação, intervenções que proporcionam a participação dos alunos na construção da sua própria saúde.

Métodos

Este capítulo resulta essencialmente de pesquisa efectuada pela primeira autora que foi compilada numa dissertação para aquisição do grau de Mestre em Saúde Pública pela Universidade Eduardo Mondlane (Langa, 2013).

Tipo de estudo

Para melhor responder aos objectivos do estudo foram usadas duas abordagens: (i) qualitativa fenomenológica e (ii) quantitativa descritiva transversal. A revisão de literatura serviu de base para a discussão das evidências existentes aos níveis nacional, da África subsaariana e do mundo. A abordagem qualitativa foi do tipo fenomenológica porque explica melhor a estrutura ou essência das experiências vividas com relação a um fenómeno e de que forma as pessoas lidam com um certo problema de saúde. A abordagem quantitativa foi do tipo descritivo transversal uma vez que esta descreve a situação de exposição e o efeito de uma população num único momento, isto é permite-nos o estudo de prevalência do fenómeno em estudo.

Local e população de estudo

O estudo foi realizado em duas escolas da Província de Maputo, localizadas no Município da Matola: Escola Secundária da Matola e Escola Secundária da Zona Verde. A escolha foi feita por conveniência. A população do estudo foi constituída por estudantes dos 15 a 19 anos de idade (parte quantitativa) e por professores de diferentes disciplinas (parte qualitativa).

Tamanho da amostra do estudo

Sendo um estudo misto, a selecção dos respondentes seguiu estratégias específicas para as abordagens quantitativa e qualitativa:

Parte quantitativa

Com base na fórmula: $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2} \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)$ foram determinadas as amostras dos subgrupos que posteriormente foram somados e originaram a amostra total de 1127 adolescentes (Tabela 8.1).

Onde:

Z = valor utilizado para definir os limites (superior e inferior) do intervalo de confiança a 95% (nível de significância de 5% correspondente ao Z= 1,96)

d = risco ou erro máximo admitido= 0,05; N= tamanho da população

P = prevalência relativa (50%, usada em situações em que não se conhece a real prevalência do fenómeno em estudo).

Tabela 8.1: Composição da amostra dos adolescentes

Escola	Ciclo	Idades	Nº de alunos matriculados	Nº de alunos para o estudo
Secundária da Matola	1º	15-19	1202	291
	2º	15-19	1297	297
Secundária da Zona verde	1º	15-19	776	257
	2º	15-19	1056	282
Total	1º + 2º	15-19	4331	1127

Fonte: Langa (2013).

Parte qualitativa

Para aprofundar alguns elementos-chave do estudo, foram realizadas entrevistas a informadores-chave e discutiu-se em grupos focais, abrangendo parte de professores das duas escolas, que leccionam o 1º e/ou 2º ciclo, em número equilibrado. Assim, em cada escola, foram realizadas duas sessões de discussões em grupos focais formadas por 5 professores de cada ciclo para cada escola e foram feitas também entrevistas individuais envolvendo 10 professores para cada escola, sendo 5 para cada ciclo (Tabela 8.2).

Tabela 8.2: Composição da amostra dos professores

Escola	Ciclo	Discussão focal	Entrevistas	Nº de Professores Participantes
Secundária da Matola	1º	5	5	10
	2º	5	5	10
Secundária da Zona verde	1º	5	5	10
	2º	5	5	10
Total	1º + 2º	20	20	40

Fonte: Langa (2013).

Instrumentos e colheita de dados

Para responder aos objectivos do estudo procedeu-se à recolha de dados, recorrendo a técnicas e procedimentos de investigação quantitativa e qualitativa.

Parte quantitativa

Um questionário aos adolescentes captou o nível de conhecimentos em relação a transmissão, prevenção do HIV e percepção de risco de contrair o HIV e analisou os comportamentos de risco de contrair o HIV.

Parte qualitativa

Para a parte referente a recolha de informações aos professores foram adoptadas: 20 discussões em grupos focais e 20 entrevistas individuais, pretendia-se saber sob ponto de vista do professor, os conhecimentos e capacidades dos adolescentes sobre a identificação do risco de contrair o HIV, abordagens do tema “HIV e SIDA” no curriculum escolar e sua implementação.

Processamento e análise dos dados

O trabalho de campo decorreu de Junho a Novembro de 2012, tendo sido seguidos todos os procedimentos necessários para o processamento e análise dos dados obedecendo aos critérios das abordagens que o estudo apresenta.

Parte quantitativa

Para a análise dos dados quantitativos, inicialmente, foram digitados no programa informático CSPRO e depois exportados para análise no pacote estatístico SPSS. Para a descrição das variáveis, foram usadas frequências e as respectivas percentagens, empregues as médias e o desvio padrão; para a comparação de médias usou-se o teste de *t-student* (Para os dois grupos).

Parte qualitativa

A discussão dos grupos focais e as entrevistas individuais foram transcritas na sua totalidade e depois analisadas, procurando tendências comuns nas

respostas através de análise temática após codificação. As respostas similares mais frequentes foram agrupadas e indicaram maneiras comuns de pensar, actuar e sentir sobre o tema em questão, por parte dos professores.

Resultados

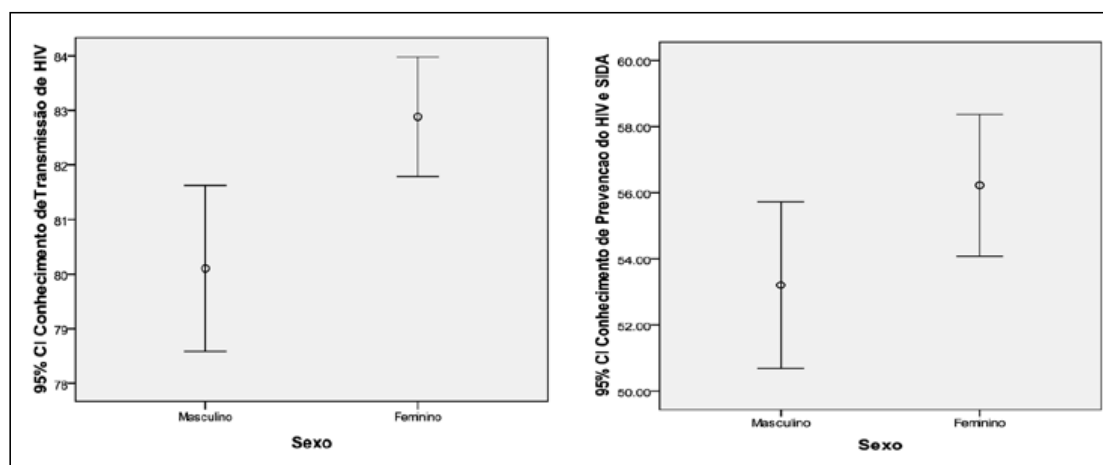
Conhecimento dos adolescentes sobre transmissão e prevenção de HIV

O presente estudo permitiu confirmar o que vem sendo reportado noutras pesquisas, sublinhando que os adolescentes têm maior conhecimento sobre a transmissão do vírus HIV mas, infelizmente, pouco domínio sobre a prevenção da doença. A seguir apresentam-se os resultados, tomando em conta as variáveis de sexo, idade e nível de escolaridade.

Sexo

As raparigas tiveram um conhecimento médio mais elevado (82,9%) sobre a transmissão de HIV que os rapazes (80,1%) e esta diferença foi estatisticamente significativa ($\text{sig} = 0,003$). (figura 8.1). Em relação à prevenção, as raparigas apresentaram igualmente maior média 56,2% (desvio padrão = 28,9) em relação aos rapazes 53,2% (desvio padrão=26,4), porém a diferença entre as duas médias não foi estatisticamente significativas ($\text{sig}=0,079$).

Figura 8.1: Conhecimento de transmissão e prevenção de HIV segundo o Sexo

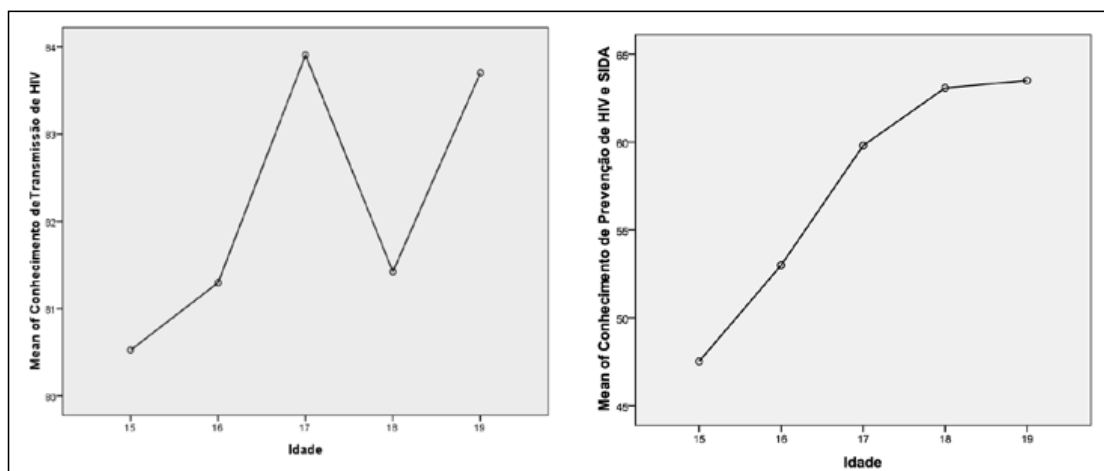


Fonte: Langa (2013).

Idade

O conhecimento médio de transmissão entre grupos de idades não mostra nenhuma tendência. As médias do conhecimento da prevenção do HIV entre grupos de idades mostram uma tendência crescente (Figura 8.2).

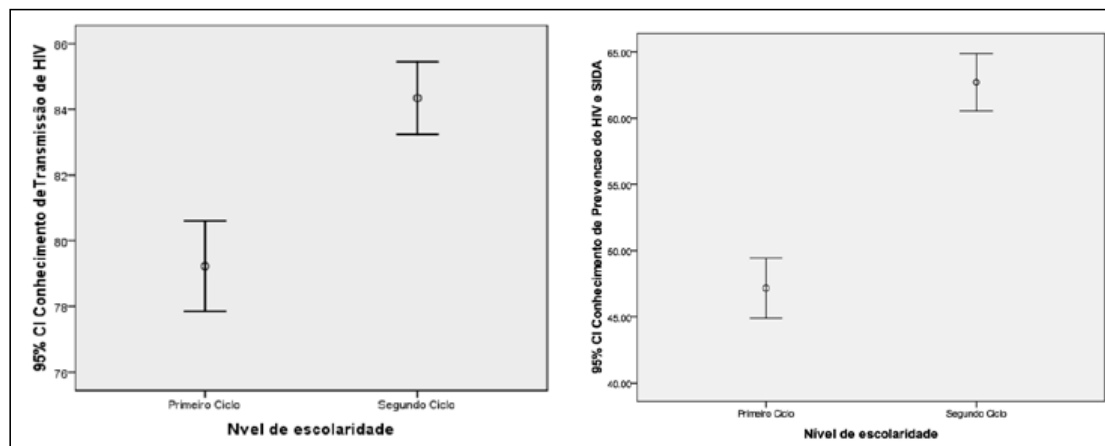
Figura 8.2: Conhecimento de transmissão e prevenção de HIV segundo a idade



Fonte: Langa (2013).

Nível de escolaridade

O 1º ciclo apresentou em média 79,2% (desvio padrão =16,5) do conhecimento de transmissão de HIV e o 2º ciclo obteve a maior média 84,3% (desvio padrão =13,5). O teste *t-student* mostra uma diferença estatisticamente significativa (sig =0.000) entre os dois ciclos. Em relação ao conhecimento de prevenção de HIV o 1º ciclo apresenta menor média com 47,2% (desvio padrão=27,4) em relação ao 2º ciclo 62,7%, (desvio padrão=26,4). O teste de comparação de médias (*t-student*) mostrou que a diferença entre os dois ciclos é estatisticamente significativa (sig=0.000) (Figura 8.3).

Figura 8.3: Conhecimento de transmissão e prevenção de HIV segundo o nível de escolaridade

Fonte: Langa (2013).

Formas de contaminação

Em relação às formas de contaminação, a maioria dos adolescentes (56,3%) não sabem que praticar o sexo oral sem preservativo pode constituir risco de contaminação por HIV. Cerca de (36,7%) responderam que o HIV se transmitia através da picada de mosquito (Tabela 8.3).

Tabela 8.3: Conhecimento correcto e errado dos adolescentes sobre transmissão do HIV

Perguntas	Respostas correctas (%)	Respostas erradas (%)
A transmissão do HIV pode ser através de relações sexuais sem o uso do preservativo?	93,4	6,6
O risco de infecção do HIV aumenta quando tiver vários parceiros na mesma altura sem usar o preservativo?	94,6	5,4
A prática do sexo oral sem preservativo pode transmitir o HIV?	43,7	56,3
Transusão de sangue contaminado por HIV?	91,1	8,9
Usar objectos cortantes contaminados por HIV?	93,0	7,0
Beijar e abraçar a uma pessoa com HIV?	92,8	7,2
Compartilhar uma casa de banho, com uma pessoa infectada por HIV?	83,0	17,0
Picada de mosquito?	63,3	36,7

Fonte: Langa (2013).

No conjunto de formas de prevenção, os adolescentes não têm conhecimento de que o coito interrompido e a lavagem dos órgãos genitais após a relação sexual não constituem nenhum método de prevenção de HIV, facto que é justificado pela maior percentagem de respostas erradas (69,5%) e (52,2%) respectivamente (Tabela 8.4).

Tabela 8.4: Conhecimento correcto e errado dos adolescentes sobre Prevenção do HIV

Perguntas	Respostas correctas (%)	Respostas Erradas (%)
As formas de prevenção de HIV são:		
Pílula anticoncepcional	54,3	45,7
Coito interrompido	30,5	69,5
Lavar os órgãos genitais após a relação sexual	47,8	52,2
Injecção	50,7	49,3
Abstinência	53,3	46,7
Preservativo	93,9	6,1

Fonte: Langa (2013).

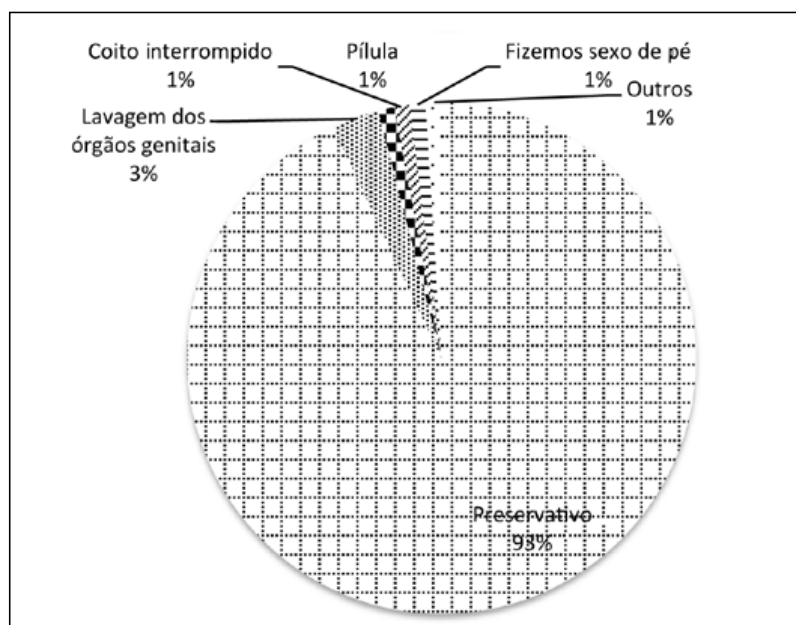
Comportamentos de risco identificados no seio dos adolescentes das escolas

1ª Relação sexual

A idade média da primeira relação sexual no geral foi de 15 anos. Observou-se ainda que os rapazes tiveram em média a sua primeira relação sexual aos 14 anos (desvio padrão= 2,3) e as raparigas dois anos mais tarde, 16 anos (desvio padrão=1,3). Verificou-se ainda que 50% dos rapazes e 14,8% das raparigas tiveram a primeira relação sexual dentro da faixa da adolescência prematura, isto é, até aos 14 anos de idade.

Uso do método de prevenção de HIV ou de contracepção tradicional ou moderno na relação sexual

Dos 507 adolescentes que referiram já ter tido relações sexuais, 357 (70,4%) afirmaram ter usado algum método para contracepção e prevenção do HIV na primeira relação sexual. Dos adolescentes que afirmaram ter usado métodos para a contracepção/prevenção do HIV, a maioria 332 (93%) revelou ter usado o preservativo (Figura 8.4).

Figura 8.4: Método de prevenção de HIV usado na primeira relação sexual

Fonte: Langa (2013).

Em relação aos motivos de não terem usado métodos para prevenção do HIV ou contracepção, a maioria 75 (47,4%) referiu que não esperava ter relações sexuais nesse dia, 31 (20,1%) afirmaram que não conheciam nenhum método, 22 (13%) declararam que confiavam nos namorados e 12 (7,8%) afirmaram que não achavam que pudessem contrair o HIV.

Esta prática de relações sexuais ocasionais e sem protecção é de conhecimento dos próprios professores. As citações que seguem são exemplos de situações de prática de relações sexuais nas instalações escolares:

Na semana passada os guardas encontraram na casa de banho da escola um casal de alunos (...) sim... a manter relações sexuais na casa de banho. Fomos assistir a vergonha...(ZV-COO).

Na segunda-feira. Aconteceu algo estranho (...) na sala, onde eu ia dar aula, (...) estava um casal de alunos do período da tarde a namorar. (...) trancaram a porta, apagaram as luzes e ficaram lá a fazer não sei o quê e não sei se eles usaram preservativo... (MT-COO).

As situações reportadas pelos professores nestas práticas mostram verdadeiramente, até onde os adolescentes, movidos pela paixão e pelo amor, podem chegar. Ligado a este atrevimento, várias questões de prevenção podem ser por eles negligenciadas.

Uso do preservativo na última relação sexual

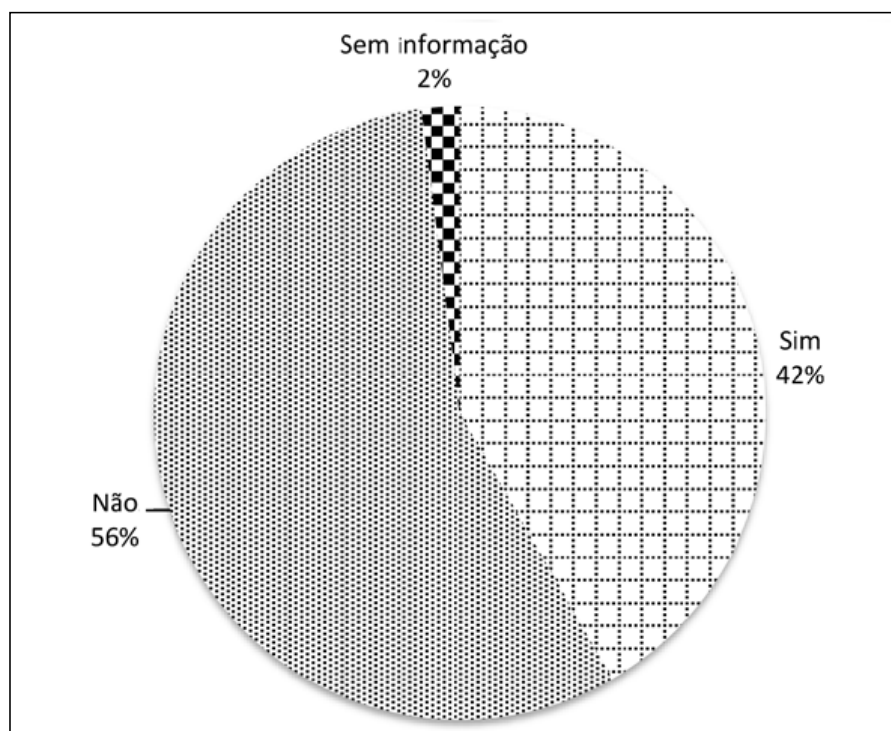
Os resultados mostraram que 405 (80%) dos adolescentes afirmaram ter usado o preservativo, na última relação sexual. Comparando os resultados em relação às variáveis de sexo, idade e nível de escolaridade, o sexo feminino apresentou maior percentagem no uso de preservativo, na última relação sexual (80,9%) em relação ao sexo masculino (78,9%).

No tocante ao nível de escolaridade constatou-se que o 2º ciclo teve maior percentagem (83,8%) do uso do preservativo quando comparado com o 1º ciclo (75,7%). Em relação à idade, os adolescentes de 19 anos mostraram maior percentagem de uso de preservativo (87,7%) e a menor percentagem foi apresentada para os de 15 anos (57,7%).

Relações sexuais ocasionais

No total de adolescentes que referiram ter tido relações sexuais, 210 (41,5%) tiveram com outras pessoas que não são seus parceiros (Figura 8.5).

Figura 8.5: Relações sexuais ocasionais no seio dos adolescentes



Fonte: Langa (2013).

Fazendo a comparação entre sexo, idade e nível de escolaridade e o facto de terem tido relações sexuais ocasionais, os rapazes tiveram maior percentagem 62,5% fora dos relacionamentos com seus parceiros em relação as raparigas (19,9%). Em relação ao nível de escolaridade, 43,7% dos adolescentes do 1º ciclo referiram ter tido relações sexuais ocasionais, e 39,2% do 2º ciclo. No concernente à idade, as percentagens de adolescentes, que afirmaram ter tido relações sexuais ocasionais, não sobem de forma gradual, apesar de ter a percentagem mais baixa, aos 15 anos (40,4%) e a percentagem mais alta, aos 19 anos (46,2%).

Comportamentos de risco observados pelos professores

Todos os professores entrevistados reportaram várias situações de vulnerabilidade de contrair o HIV. Dos diferentes factores de risco reportados pelos professores destacam-se: o álcool, drogas, sexo intergeracional, pobreza e emoções próprias da idade, tal como ilustrado através de algumas das citações seleccionadas:

O álcool (...) acontecem vezes que eles [estudantes] bebem e ficam inconscientes aqui na escola e isso é um risco para o HIV porque com álcool podem fazer sexo sem usar o preservativo (...) (MT-II-QUI-M).

Namoro com professores sempre existiu, embora esteja agora a diminuir, há sempre miúdas que são mais atiradas e professores que não respeitam a sua conduta (...) (GF-MT-I-F).

As meninas (...) Tenho vivido situações extremamente tristes, dia-após-dia tenho visto muitas crianças a se entregarem aos chapeiros² para poderem ter boleia para virem a escola, algumas me pedem dinheiro de chapa... os pais são pobres, não têm nada mesmo... (ZV-COO).

Devido à idade, as meninas são muito emocionadas, tive de intervir numa situação em que a encarregada de educação pediu ajuda porque a filha namorava muito, não parava em casa, saía com muitos homens (...) (ZV-COO).

Estes pronunciamentos mostram que realmente nas nossas escolas existem muitos factores que podem propiciar a vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV se não forem tomadas todas as precauções necessárias para que esses elementos ganhem espaço.

² Nome usado em Moçambique para se referir a motoristas de transporte semi-colectivo de passageiros

Percepção dos adolescentes sobre o risco de contrair HIV

Os resultados mostram que as raparigas consideram que têm conhecimentos suficientes para se prevenir do HIV (60,6%) comparando com os rapazes (58%). Em relação ao nível de escolaridade, os adolescentes do 1º ciclo percebem estar suficientemente informados sobre o HIV (61,8%) em relação ao 2º ciclo (56,9%). No que concerne à idade, a percepção de estar suficientemente informado sobre o HIV não aumenta de maneira gradual.

Cruzando as perguntas *“achas que estás em risco de ser infectada por HIV ou outras infecções de transmissão sexual e Achas que o conhecimento que tens sobre o HIV é suficiente para te prevenires desta doença”*; a percentagem alta (46,2%) foi de adolescentes que consideraram que têm conhecimento suficiente para se prevenir da doença e que não estão em risco de contrair o HIV. Apenas 7,1% reconhecem que não têm conhecimento suficiente e estão em risco de contrair o HIV.

Olhando para estas respostas dos adolescentes, para além das diferenças em relação ao nível de escolaridade e idade, é notório que a maioria dos adolescentes (mais de 50%) tem autoconfiança de estarem bem informados sobre o tema HIV e de não estarem em risco de contrair o HIV, o que constitui um factor de risco muito importante para a vulnerabilidade destes adolescentes uma vez que podem não tomarem as medidas necessárias por conta dessa confiança.

Oferta de serviços sobre HIV na escola

Como parte da resposta para a redução do HIV no país, o MINED desenvolveu várias acções, sendo uma delas a introdução nos currículos de temas sobre saúde sexual e reprodutiva incluindo HIV.

Tema de HIV nos currículos escolares

O tema HIV é integrado nos currículos escolares especialmente nos programas de ensino das disciplinas de Português, Inglês, Francês, Biologia e Noções de Empreendedorismo e no Programa Geração Biz (PGB) que trata de temas de Saúde Sexual e Reprodutiva incluindo o HIV. A Tabela 8.5 faz o mapeamento de inclusão do tema HIV nas diversas disciplinas do ensino secundário da 8ª à 12ª classes.

Tabela 8.5: Conteúdos integrados no curriculum escolar e sua implementação

Disciplinas	Nível	Objectivos	Competências	Orientações metodológicas	Conteúdo no plano temático
Português	8 ^a	✓	✓	✓	✓
	9 ^a	✓	✓	✓	✓
	10 ^a	✓	✓	☒	✓
	11 ^a	✓	✓	✓	✓
	12 ^a	✓	✓	✓	✓
Inglês	8 ^a	✓	✓	☒	☒
	9 ^a	✓	✓	☒	✓
	10 ^a	✓	✓	☒	✓
	11 ^a	☒	☒	☒	✓
	12 ^a	✓	✓	✓	✓
Francês	8 ^a	☒	✓	☒	☒
	9 ^a	☒	✓	☒	☒
	10 ^a	✓	✓	✓	✓
	11 ^a	☒	☒	☒	☒
	12 ^a	☒	☒	☒	☒
Biologia	8 ^a	✓	✓	✓	✓
	9 ^a	☒	☒	☒	☒
	10 ^a	☒	☒	☒	☒
	11 ^a	✓	✓	✓	✓
	12 ^a	☒	☒	☒	☒
Noções de empreendedorismo	9 ^a	☒	☒	☒	☒
	10 ^a	✓	✓	✓	✓
	11 ^a	☒	☒	☒	☒
	12 ^a	✓	✓	✓	✓

✓ com conteúdos sobre HIV

x Sem conteúdos sobre HIV

Fonte: Langa (2013).

A Tabela 8.5 destaca que o tema HIV não é tratado em todas as classes do Ensino Secundário Geral e para além disso em algumas classes e disciplinas não apresentam todos os elementos orientadores para o tratamento desse conteúdo.

Implementação de matérias de HIV no ensino

Os professores participantes consideram que em geral as abordagens sobre SIDA no currículo escolar são bastante deficitárias. Os mesmos dizem que falta a informação detalhada e actualizada sobre esta matéria, materiais didáticos e

metodologia adequados para a sua difusão. Dizem ainda que as disciplinas de línguas (Português, Inglês e Francês) não são apropriadas para o aprofundamento deste tema e que a disciplina de Biologia é a mais indicada. Outros ainda dizem que nem mesmo na disciplina de Biologia não há detalhe suficiente sobre essa matéria, de modo a chamar a devida atenção aos comportamentos de risco.

Os professores entrevistados e participantes dos grupos focais relataram que alguns professores não assumem a tarefa de promotores de saúde pois consideram que a escola não é o lugar indicado para falar sobre a sexualidade. São mencionadas várias outras dificuldades para a implementação dos programas de saúde sexual e reprodutiva e sobretudo do HIV, com destaque para dificuldades metodológicas:

A minha maior dificuldade é não saber a forma com que poderei- me dirigir aos adolescentes quando falo do sexo (...) seria importante se houvessem debates entre os colegas (...). (ZV-II-FIS-M). _

Outros sim destacam as barreiras pessoais, culturais e religiosas:

Existem colegas que têm problemas sérios para falar do HIV, uns acham que é um assunto constrangedor, é um tabu...mas isso tem a ver com a educação de cada um... (MT-I-POR-F).

As contradições sobre o seu papel como professor e a falta de eficácia e sustentabilidade dos projectos nas escolas, foram outras dificuldades que se destacaram:

O professor que fala disso é mal visto, é como se fosse malandro, tem objectivos não didácticos (...) Um dia ia falando sobre sexo, sobre HIV e um aluno diz..."vamos à aula professor", como se isso não fosse aula (MT-II-FR-M).

Muitos seminários são preparados de uma forma linda. Mas depois a coisa fica assim,...) No ano passado participei num seminário na ONP. Estava previsto para fazer trabalho de pares entre professores depois chefes de turma até atingir a todos os alunos. Mas parou com a alegação de falta de fundos (MT-I-BIO-F).

Todos os professores entrevistados reconheceram que o HIV deve ser abordado na escola. Eles mostraram-se muito activos em dar propostas sobre a melhor abordagem e metodologias para o efeito.

Programa de Geração BIZ

Para além das disciplinas curriculares, as abordagens do tema HIV são feitas com base nas palestras dos activistas do PGB sobre temas de Saúde Sexual e

Reprodutiva incluindo o HIV, nas aulas de reunião de turma. O PGB também realiza actividades em cantinhos de aconselhamento. Em caso de necessidade, os adolescentes são encaminhados para os SAAJ para receberem aconselhamento com especialistas da saúde na área de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Dificuldades na implementação do PGB

Nas escolas em estudo, os coordenadores do PGB reportam várias dificuldades para o seu funcionamento, falta de regularidade das suas actividades, caso de falta de preservativos, material informativo, material audiovisual que opõem as actividades dos activistas e desta maneira não conseguindo reunir todos os critérios necessários para um trabalho de qualidade.

Discussão e conclusão

Os resultados apresentados na secção anterior são discutidos em linha com o quadro teórico e conceptual deste capítulo que culmina com as considerações finais.

Discussão dos resultados

Conhecimento dos adolescentes sobre transmissão e prevenção de HIV

O presente estudo permitiu constatar que os adolescentes (mais raparigas que rapazes) têm maior conhecimento sobre a transmissão do HIV e pouco domínio sobre a prevenção da doença. O INSIDA (2009) revelou achados similares (INS *et al.*, 2010), porém o IDS (2011) contrasta com essa posição ao revelar que os rapazes têm maior nível de conhecimento sobre a prevenção do HIV em relação às raparigas (INE, 2013). As diferenças apresentadas pelas diferentes fontes em relação ao conhecimento sobre o HIV, no concernente ao sexo, poderão ter origem nas condições de acesso às informações sobre o HIV e a motivação que estes adolescentes têm para a busca deste saber. A comparação do nível de conhecimento por idades, não deixa clara a tendência que eles têm, provavelmente por existirem as mesmas idades nos dois ciclos, sendo mais fácil a sua posição ao nível do ciclo em que estão enquadrados em relação a idade que eles têm.

No concernente ao nível de escolaridade, os adolescentes do 2º ciclo apresentam mais conhecimento de transmissão e de prevenção de HIV em relação ao 1º ciclo. Provavelmente, à medida que vão alcançando o 2º ciclo, apresentam maiores oportunidades para tratarem deste tema, ganham maturidade, têm mais aspirações para o futuro, conservam melhor os ensinamentos obtidos sobre esta matéria. As evidências indicam que quanto mais educado o indivíduo, melhor reconhece o HIV incluindo as medidas preventivas mas apresenta também maior risco de ser HIV positivo (Kwizera *et al.*, 2011).

Destaca-se também que as lacunas de conhecimento sobre a matéria de HIV, demonstradas pelo índice elevado de erros de resposta constitui uma maior vulnerabilidade para o HIV na medida em que o conhecimento sobre o HIV influencia também nas atitudes das pessoas em relação ao HIV. No âmbito da transmissão, não identificam que a prática do sexo oral pode transmitir HIV (56%) e também ainda pairam algumas dúvidas sobre a transmissão do HIV através da picada de mosquito razão pela qual (36,7%) responderam erradamente admitindo que o mosquito pode transmitir o vírus. De forma similar, o INSIDA (2009) revela concepções erradas sobre o HIV, incluindo a crença de que o HIV pode ser transmitido através de picada de mosquito ou por meios sobrenaturais (INS *et al.*, 2010).

Os resultados mostram existência de práticas sexuais não preventivas do HIV tais como coito interrompido, lavagem dos órgãos genitais após a relação sexual, pílula e injeção contraceptiva, e mais ainda os alunos não apontaram a abstinência ou a prática de sexo numa idade mais adulta como mecanismos de protecção. Estes resultados foram igualmente reportados no INSIDA (2009), no IDS (2011) e através da avaliação formativa das intervenções de base escolar do PGB (Jacinto *et al.*, 2012).

Além das variáveis apresentadas no estudo para descrever o nível de conhecimento sobre a transmissão e prevenção do HIV (sexo, idade e nível de escolaridade), as diferenças provavelmente estarão relacionadas com a proveniência dos adolescentes. As conclusões do estudo de Groes-Green (2011) sobre a mesma temática, revelam que os adolescentes e jovens de classe média estavam mais envolvidos em actividades de educação de pares e usavam mais as instalações estabelecidas pelo programa, enquanto havia uma tendência nos jovens de classe baixa em mostrar pouco interesse nas aulas de educação sexual.

Comportamentos de risco identificados nos adolescentes das escolas

Os resultados deste estudo mostram que os adolescentes das escolas em estudo manifestam alguns comportamentos de risco, que os tornam vulneráveis a contrair o HIV.

O início da actividade sexual precoce foi um dos factores de risco identificados. A mediana na idade da primeira relação sexual é de 15 anos, sendo de 14 anos nos rapazes e 16 anos nas raparigas. Estes dados são consistentes com aqueles da avaliação de intervenções de base escolar do PGB (Jacinto *et al.*, 2012). O IDS 2011 contrasta com essa posição ao revelar que as raparigas tiveram a sua primeira relação sexual mais cedo (21,8%) em relação aos rapazes (16,8%) (INE, 2013). A influência social é considerada como sendo uma das motivações para o início prematuro da vida sexual. Alguns jovens do sexo masculino informam que são impulsionados a iniciar cedo as relações sexuais por pressão dos pares e receiam ser considerados homossexuais se não corresponderem a essas expectativas (Manuel, 2005). Assim, podemos considerar que existe vulnerabilidade de contrair o HIV principalmente por parte dos rapazes que começam muito mais cedo as relações sexuais (OMS, 1995).

A associação entre o sexo e a idade de iniciação sexual, indica a manutenção das normas sociais, ao imputar ao homem a pressão pela iniciação sexual precoce, enquanto a mulher deve-se resguardar para o casamento e maternidade. Silveira *et al.* (2011) relata que a ideologia de género é reproduzida pela família e pela sociedade, que acreditam que os homens e mulheres lidam de maneira distinta com o desejo e que as adolescentes devem ser refreadas, retardando sua iniciação sexual.

Assumindo que, o sexo desprotegido é uma das principais vias de transmissão de HIV, uma das melhores formas de prevenir a transmissão desta doença seria o uso correcto e consistente do preservativo entre as pessoas sexualmente activas. Em relação ao uso de preservativo, verificou-se que na primeira relação sexual 91% dos adolescentes usaram o preservativo e na última relação sexual apenas 80% é que usaram. A redução do uso do preservativo provavelmente se explica pelo facto de que à medida que o namoro vai ficando firme, deixam de usar o preservativo. Os resultados do INSIDA 2009 divergem com os deste estudo: 22,8% dos adolescentes disseram ter usado preservativo na primeira relação sexual ao passo que, na última relação sexual, foram 26,7%.

Essas diferenças podem-se explicar pelo facto de ser um estudo que envolveu adolescentes da zona rural e urbana enquanto este estudo está centrado nos adolescentes de zonas urbanas (INS *et al.*, 2010).

De entre os adolescentes que responderam que não usaram métodos para prevenir o HIV, na primeira relação sexual, a motivação principal é “não esperava ter relações sexuais naquele dia”. O período da adolescência favorece este tipo de comportamento, pois estes desconhecem a sua vulnerabilidade, têm dificuldades em negociar o uso de preservativo, procuram solidificar a relação com sexo desprotegido. Foram encontrados resultados similares no INSIDA 2009 em que os participantes solteiros afirmaram não ter usado o preservativo porque confiam nos parceiros. Ainda na mesma linha, Macia (2010) alerta que o uso de preservativo entre parceiros significa falta de confiança.

Existem outros estudos feitos no Botswana, Malawi e Moçambique que apontam outros motivos de não uso de preservativo, como é o caso da busca de uma identidade social adolescente moderna, a pobreza e o desejo dos bens materiais (Underwood *et al.*, 2011).

O número elevado de adolescentes que usam o preservativo é elevado, mas não deixa uma explicação muito clara sobre algumas diferenças. Entre as raparigas da escola Secundária em Maputo, Machel (2001) considerou que a diferença de classe tem um grande impacto no comportamento sexual. Consta que as meninas da classe trabalhadora foram assertivas em relacionamentos sexuais, usaram o preservativo com menos frequência e são mais economicamente dependentes de seus parceiros. No entanto elas argumentam que era mais importante manter os parceiros e mostrar a dimensão do amor ao não insistir no uso do preservativo.

Segundo Macia (2010), viver em áreas urbanas, ser jovem, ter o ensino secundário ou superior, bem como não ser casado nem a coabitar, constituem características que favorecem o uso do preservativo. Contudo, apesar da sua disponibilidade ter aumentado durante anos, a sua utilização ainda é baixa para reduzir significativamente a transmissão. O uso consistente do preservativo é mais elevado nos parceiros não regulares do que nos parceiros regulares (Kwizera *et al.*, 2011).

Um factor de risco a considerar é o facto dos adolescentes reportarem que tiveram relações sexuais ocasionais. Os rapazes mostram maior tendência em ter relações sexuais ocasionais em relação às raparigas e isto mostra a influência da

questão de género: culturalmente, os rapazes têm a tendência de apresentarem mais parceiras sexuais, o que é considerado um sinal de masculinidade (Groes-Green, 2009).

Os resultados mencionados anteriormente, transparecem a importância de indagar-se sobre conhecimentos, atitudes, susceptibilidade e auto eficácia frente ao HIV como variáveis que podem aumentar e diminuir práticas sexuais nos adolescentes.

Comportamentos de risco observados pelos professores no recinto escolar/fora

Os professores destacam o consumo do álcool, drogas, a pobreza e sexo inter-geracional como questões de género que são muito fortes e que concorrem para o risco de contrair o HIV. Estes riscos fazem parte do mundo de exploração dos adolescentes, que procuram viver várias emoções na busca da sua identidade e na tentativa de se tornarem adultos (Hawkins *et al.*, 2009, Manuel, 2009).

O álcool reduz a percepção pessoal de risco pela infecção do HIV, alguns relatam não usarem o preservativo quando estão sobre influência de álcool. Quando as pessoas estão sobre efeito do álcool têm maior tendência em se deixar guiar pela paixão do que pelo bom senso. O álcool torna os homens mais corajosos e prontos a arriscar e perdem o controlo racional (Macia, 2010).

A avaliar pelas situações surpreendentes que acontecem na escola, caso de prática de relações sexuais nas instalações escolares são situações que, pelo facto de o local não ser o adequado, tendem a acontecer de uma forma rápida e sigilosa. A questão que se coloca é: será que estes adolescentes terão tempo suficiente para se recordarem de usar o preservativo? As questões de género são muito fortes, seguramente que muitas vezes as raparigas se submetem a situações de risco por medo de perderem os namorados. É nesta fase que a intervenção da escola, dos pais ou dos encarregados e da comunidade no geral é fundamental para dotar estes adolescentes de conhecimentos e habilidades capazes de ajudar ou mesmos a tomarem decisões certas nas suas vidas. Esta necessidade é defendida também por Jacinto *et al.* (2012), uma vez que reportam que nos estudos realizados foi relatada uma fraca articulação entre a escola, incluindo activistas, pais ou encarregados de educação e outras intervenções fora da escola como o SAAJ. Segundo esses dados, isto influi negativamente

no estabelecimento de um eixo contínuo de intervenções para que se consiga estabelecer um ambiente favorável de promoção da saúde sexual e reprodutiva para os adolescentes.

Percepção dos adolescentes ao risco de contrair HIV

Os resultados mostram que mais de 50% dos adolescentes acham que têm conhecimento para se prevenirem do HIV e que não estão em risco de contrair o HIV. Isto supõe um factor de risco muito importante, que é a confiança de não ser vulnerável ao HIV. A posição destes adolescentes é questionável pois os resultados encontrados sobre o conhecimento de transmissão e prevenção não refletem um alto nível de desconhecimento sobre a matéria de HIV.

Alguns adolescentes não se apercebem do risco de contrair o HIV, acham que têm conhecimento para se prevenirem e pensam que não estão em risco de contrair o HIV. Esta percepção baixa do risco pode ser um factor de risco importante nos adolescentes (Azevedo, 2007).

Os comportamentos como precocidade da iniciação da vida sexual, diminuição no uso do preservativo podem ser apontados como indícios de vulnerabilidade ao HIV porém, parecem não ser concebidos como tal pelos adolescentes, uma vez que afirmam saberem se proteger contra o vírus (Amaral, 2008).

Posto o não reconhecimento da sua vulnerabilidade através de níveis de percepção de risco, facilmente serão conduzidos a comportamentos de risco e ao fraco poder de negociação no uso de preservativo. Dos diferentes factores que influem para os comportamentos de risco reportados, tanto nos resultados quantitativos como os qualitativos, mostram claramente que as questões de género tornam as raparigas mais vulneráveis, as questões de idades, que se mostram relativas dependendo do meio que cerca esse adolescente e a escolaridade são aspectos muito complexos. Existem outros factores de nível social, cultural e pessoal que interferem na apresentação de um comportamento mais adequado.

Pode-se afirmar que as situações de vulnerabilidade que foram reportados chamam a necessidade do bom desempenho de cada interveniente na educação dos adolescentes, escola, pais, encarregados de educação e a comunidade no geral para fazer face as dificuldades que os adolescentes têm, na tomada de decisão. Estes resultados apontam para a necessidade de desenvolvimento

de acções preventivas direccionadas a este público, que considera, além do conhecimento a forma como representam o cuidado e a percepção de risco.

Oferta de serviços sobre HIV na escola

Os resultados desta pesquisa mostram que a nível das escolas existem mecanismos para passar a informação sobre HIV, através dos conteúdos curriculares e por via do PGB. O que é questionável é a quantidade e qualidade da referida informação. Falta um instrumento de avaliação destes conhecimentos; pois existe uma incerteza dos professores em relação a percepção da vulnerabilidade ao HIV pelos adolescentes, uma vez que não põem em prática os conhecimentos que têm.

O conhecimento sobre os tipos de comportamento mais arriscados pode ajudar aos adolescentes a perceberem melhor o risco que eles correm. A percepção dos adolescentes sobre sua vulnerabilidade ao HIV e SIDA, abordada em muitos estudos, foi considerada importante para a prevenção do HIV entre os adolescentes, ao não se aperceberem como vulneráveis passavam a perceber o SIDA como "doença dos outros" (Morrison-Beedy *et al.*, 2003).

Conteúdos sobre HIV e SIDA integrados no curriculum escolar

Nos programas do ensino secundário geral, o tema HIV e SIDA aparece como transversal na maior parte das disciplinas sem, no entanto, aparecer na distribuição dos conteúdos no plano temático.

Uma integração transversal garante que o tratamento das questões relacionadas com HIV e SIDA não seja uma actividade adicional ou isolada, mas que faça parte integrante das políticas, estratégias, acções e currículo, bem como dos esforços de monitorização e de avaliação no sector educativo (IATT, 2009). Este conteúdo deve ser planificado consoante os objectivos, competências, a distribuição no plano temático e algumas orientações metodológicas que o programa apresenta, tal como acontece nas disciplinas de Português, Inglês, Francês, Biologia e Empreendedorismo.

Em algumas disciplinas tais como, Filosofia, Agropecuária, Artes cénicas, Geografia, este conteúdo está patente em algumas classes, mas a apresentação do mesmo não favorece o seu tratamento, pois aparece apenas nas sugestões metodológicas ou nos objectivos ou então nas competências do ciclo, não

estando patente no plano temático. Muitas vezes quando não aparecem todos os elementos orientadores para a planificação da aula, os professores optam por não dar esta aula. Contrariamente, nas disciplinas de Educação física, Desenho analítico e geométrico, Educação visual, Matemática, Química, Física e História não há nenhuma recomendação para se tratar do tema HIV e SIDA. É notório que há um certo desconhecimento do enquadramento do tema SIDA nos programas de ensino por parte dos professores principalmente naquelas disciplinas em que o tema aparece como sendo transversal. Assim, pode-se concluir que o tratamento deste conteúdo depende de cada professor.

O ensino geral aparentemente apresenta conteúdos suficientes para a capacitação dos alunos em relação a matéria de HIV. No entanto, a realidade trazida pelos professores nas entrevistas individuais, nos grupos focais e até da análise dos programas de ensino revelam uma verdade diferente. Os professores de Português, Inglês e Francês consideram que este conteúdo não é próprio para essas disciplinas, os alunos apenas se interessam em conhecer o significado das palavras ou interpretação do texto e não há detalhes acerca disso. Eles acham que a disciplina mais apropriada é a de Biologia. Os professores de Biologia julgam que é impossível capacitar os adolescentes nessa matéria tendo como base o programa por vários motivos: a posição dos conteúdos em relação ao calendário escolar, os temas não sugerem um aprofundamento desta matéria e algumas classes casos da 9^a, 10^a e 12^a que não apresentam este conteúdo. E em pior situação é daquelas disciplinas em que o tema não aparece no plano temático, aí o conteúdo é administrado dependendo da sensibilidade de cada professor. Estes constrangimentos referidos pelos professores fazem com que o elemento principal para esta tarefa na escola neste momento seja a geração BIZ.

Os pronunciamentos dos professores deixam claro que a maior parte deles é resistente em tratar este tema com os alunos. Primeiro, porque não têm uma formação adequada sobre a matéria, devido aos preconceitos, tabus e, segundo, o facto de não estar clara a tarefa do professor em assumir a responsabilidade de promover a saúde e finalmente o papel insuficiente da escola em relação a este problema.

Para contrariar esta posição, os professores precisam ser formados e sensibilizados sobre a matéria e a escola deve legitimar o papel do professor como agente promotor da saúde dos alunos de modo a garantir a eficácia dos projectos que a escola acolhe em prol da prevenção do HIV e SIDA. Igualmente, a direcção da escola deve assumir o seu papel de liderança e dar resposta de qualidade a situações de risco que possam encontrar.

Os professores precisam examinar a sua própria vulnerabilidade, as suas actividades e os seus conhecimentos, posto que esta é uma condição prévia para uma prevenção do HIV entre crianças e jovens (IATT, 2009). Propondo metodologias e alternativas de superação da situação em que as escolas se encontram em relação a abordagem do tema HIV e SIDA, significa que eles o acham importante e pertinente, então, há uma necessidade, muito grande, de haver coordenação entre todos os intervenientes a partir da direcção da escola, os grupos de disciplina, o intercâmbio entre os professores, PGB e a própria comunidade. A criação de uma disciplina específica na área de saúde pública, que pudesse efectivamente contribuir para a formação desses adolescentes revela-se pertinente.

Os professores consideram a formação sobre esta matéria como um ponto primordial para se alcançar este objecto de capacitação dos alunos para a prevenção, isso significa que ainda existem desafios ao nível dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Juventude e Desportos para que este objectivo seja alcançado.

Implementação do PGB

No concernente as actividades preventivas na escola, Silva *et al.*, (2007) refere que as acções de informação, educação e comunicação junto aos jovens e adolescentes, desenvolvem-se também dentro do PGB. Os resultados confirmam que nas Escolas Secundárias da Matola e da Zona Verde existe este órgão, embora funcione de forma irregular, uma vez que as palestras são apresentadas quando as turmas não têm uma agenda importante com o seu Director de Turma.

Nas escolas em estudo, os coordenadores do PGB reportam várias dificuldades para o seu funcionamento, caso de falta de preservativos, material informativo, material audiovisual que opõem as actividades dos activistas e desta maneira não conseguem reunir todos os critérios necessários para um trabalho de qualidade. O relatório de avaliação formativa das intervenções de base escolar do PGB refere que já foram detectados problemas na qualidade de prestação de actividades e de provisão regular e sustentável de preservativos e materiais de informação, educação e comunicação.

A estratégia de intervenção escolar do PGB toma fortemente a questão do trabalho dos educadores de pares como elemento principal. Como parte

deste processo deve-se estabelecer um processo contínuo de formação dos educadores que contemple tanto o aprofundamento de alguns temas como o desenvolvimento de novos que sejam identificados junto aos beneficiários. O domínio dos activistas, já que é justamente sobre esta informação e conhecimento que se pautam as suas actividades, o estabelecimento de parcerias locais com a unidade escolar revelam-se de extrema importância para a sustentabilidade programática (Jacinto *et al.*, 2012).

Fazendo uma leitura da implementação das abordagens existentes ao nível da escola (Professores e PGB), está claro de que há uma necessidade urgente de reactivação das estratégias de comunicação e da qualidade das acções em prol da prevenção do HIV para se reverter o cenário. Com as situações apresentadas, compreende-se o baixo nível de conhecimento e os comportamentos de risco observados nestas escolas.

É verdade que estes resultados são importantes porque podem contribuir para se perceber a situação actual desses adolescentes, em termos de percepção do risco de contrair o HIV, e puderem ajudar as direcções das escolas a ter outra visão sobre este tema, aos professores e activistas da Geração BIZ a traçarem estratégias direccionadas de modo a melhorar a implementação das suas actividades. É também uma mais-valia para futuros estudos, pois já existe a possibilidade de servir como base para o levantamento de hipóteses de investigação.

Conclusões

Os adolescentes das escolas estudadas têm conhecimentos básicos sobre a transmissão do HIV, porém têm conhecimentos escassos sobre a prevenção do HIV. As raparigas são ligeiramente mais informadas do que os rapazes sobre a transmissão do HIV e ambos mostram igual nível de conhecimento sobre a prevenção. Adolescentes do 2º ciclo estão significativamente mais informados sobre HIV, que o 1º ciclo. Apesar do conhecimento elevado, prevalecem vários comportamentos de risco no seio dos adolescentes identificados tanto pelos próprios adolescentes (relações sexuais precoces, desprotegidas e com diferentes parceiros e a percepção de não estar em risco), assim como pelos professores (consumo de álcool, consumo de drogas, sexo intergeracional e transaccional). Estes comportamentos de alto risco constituem a base para o agravamento da epidemia do HIV no sul do país.

As abordagens sobre o SIDA nas escolas não são suficientes, não abarcam todas as disciplinas nem todas classes e persistem dificuldades na implementação das abordagens sobre o HIV e SIDA devido a falta de materiais didáticos, falta de formação adequada dos professores sobre HIV e dificuldades de ordem pessoal e cultural.

Isto mostra a persistência de importantes factores individuais, sociais, económicos e estruturais que necessitam de abordagens compreensivas e combinadas a vários níveis, desde a escola até à comunidade de modo a cultivar-se comportamentos sexuais saudáveis no seio dos adolescentes e jovens.

Referências Bibliográficas

- Amaral, A. C. G. 2008. *O uso do álcool e a vulnerabilidade à AIDS: Estudo com adolescentes gaúchos e Paraibanos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba.
- Antunes, F., A. Zagalo, M. T. Paixão, E. Pádua, A. Soares, A.E. Sousa, A. M. Miranda, E. Valadas, G. Gonçalves, H. Ângelo & H. C. Martins. 2008. Manual sobre SIDA. Portugal.
- Ayres, J. R. D. C. M., V. Paiva, I. França Jr., N. Gravato, R. Lacerda, M.D. Negra, H. H. D. S. Marques, E. Galano, P. Lecussan, A. C. Segurado & M. H. Silva. 2006. "Vulnerability, Human Rights and comprehensive Health care needs of young people living with HIV/AIDS". *American Journal of Public Health*, 96(6) 1001–1006.
- Azevedo, R. L. W. 2007. Frequência do uso do preservativo e percepção de vulnerabilidade para o HIV entre adolescentes. Access date [1 de Setembro, 2013]. Available in: <http://www.AIDScongress.net/>. 7o Congresso.
- Conselho de Ministros. 2010. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 - 2014. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA, aprovado pelo Conselho de Ministros de Moçambique (10a Sessão).

- Groes-Green, C. 2009. "Safe sex pioneers: class identity, peer education and emerging masculinities among youth in Mozambique". *Sexual Health*, 6233–240.
- Hawkins, K., N. Priceb & F. Mussa. 2009. "Milking the cow: young women's construction of identity and risk in age disparate transactional sexual relationships in Maputo, Mozambique". *Global Public Health*, 4(2) 169-182.
- IATT. 2009. A Strategic Approach: HIV & AIDS and Education. Inter-Agency Task Team (IATT) on Education. Access date [9 de Setembro, 2013]. Available in: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001627/162723e.pdf>.
- INE. 2013. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e MEASURE DHS/ICF International (USA).
- INS, INE & ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF Macro.
- Jacinto, A., C. Silveira, A. Sulemane, M. Mazive & B. Chilundo. 2012. Programa Geração Biz: Avaliação Formativa das Intervenções de Base Escolar (FESBI – Formative Evaluation Of The School-Based Interventions) - Relatório Final Da Triangulação Dos Dados. Pathfinder International Mozambique.
- Kalipeni, E. 2007. *As Múltiplas Dimensões da Vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África: Uma Perspectiva das Ciências Sociais*. Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais, Medicus Mundi Catalunya.
- Kwizera, A., B. Chilundo, R. Said, M. Figueroa & V. Flores. 2011. Sumário de Revisão de Literatura para Informar a Agenda de Pesquisa de Prevenção Combinada de HIV e SIDA em Moçambique. Maputo: Johns Hopkins University / Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs

- Langa, E. 2013. Avaliação das percepções e riscos de contrair HIV em adolescentes e suas abordagens no primeiro e segundo ciclos do ensino secundário na Província de Maputo. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Eduardo Mondlane.
- Machel, J. 2001. "Unsafe sexual behavior among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class". *Reproductive Health Matters*, 9(17) 82-90.
- Macia, M. J. 2010. Male sexual behaviour and protective practices in the context of a generalized HIV/AIDS epidemic: a case study of an urban and rural area in Mozambique. PhD Dissertation, Kwazulu Natal University.
- Manuel, S. 2005. "Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique". *Culture, Health and Sexuality*, 7(3) 293-302.
- Manuel, S. 2009. "Presentes Perigosos: dinâmicas de risco de infecção ao HIV/AIDS nos relacionamentos de namoro em Maputo". *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(2) 371-386.
- Morrison-Beedy, D., M. P. Carey & T. Aronowitz. 2003. "Psychosocial correlates of HIV risk behavior in adolescent girls". *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(1) 94-101.
- OMS. 1995. La salud del adolescente y el joven. El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Ginebra. Suíça: Organización Mundial de Salud.
- Pineda, P. S. & A. M. Santiago. 1999. *El concepto de adolescencia*, Editorial Ciencias Médicas.
- Piot, P., M. Bartos, H. Larso, D. Zewdie & P. Mane. 2008. "HIV Prevention 6: Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention" [Online]. *The Lancet*. Available: www.thelancet.com [Accessed 16 Feb 2011].

- Silva, T. C., X. Andrade, C. Osorio, M. Artur & J. Maria. 2007. Representações e práticas da sexualidade entre jovens e a feminização do SIDA em Moçambique. Maputo: WLSA.
- Silveira, R., N. Reis, A. Santos, M. Borges & S. Soares. 2011. “Oficinas com adolescentes na escola: uma estratégia de educação em saúde”. *Nursing (São Paulo)*, 157(13) 334-8.
- Ugarte, D. R. M. 2006. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. Access date [4 de Setembro 2013]. Available in: www.venumperu.com/friesgo_cap5_p130_169.pdf.
- UNAIDS. 2010. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2012a. FACT SHEET: Adolescents, young people and HIV. Access date. Available in: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120417_FS_adolescentsyoungpeoplehiv_en.pdf. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- UNAIDS. 2012b. Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic | 2012. Access date. Available in: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- Underwood, C., J. Skinner, N. Osman & H. Schwandt. 2011. “Structural determinants of adolescent girls’ vulnerability to HIV: views from community members in Botswana, Malawi, and Mozambique”. *Social Science & Medicine*, 73(2) 343-50.
- UNICEF. 2011. Adolescência uma fase de oportunidades. Situação Mundial da Infância em 2011. Access date [10 de Novembro, 2013]. Available in: www.unicef.org/sowc2011. USA. Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Capítulo 9

ENTRE O “QUERER” E O “NÃO QUERER” PROTEGER-SE DA INFECÇÃO PELO HIV: EXPERIÊNCIA DE ESPOSAS DE MIGRANTES EM IDADE JOVEM NA PROVÍNCIA DE GAZA

Inês M. Raimundo

José A. Raimundo

Introdução

A migração da população tem sido apontada como uma das principais causas da disseminação do HIV, o vírus que provoca a SIDA, em todo o mundo, com maior incidência, no continente africano.

As formas de infecção pelo HIV são sobejamente conhecidas, nomeadamente através da prática de relações sexuais sem protecção com uma pessoa infectada, de uma mulher infectada para o seu bebé durante a gravidez,

parto ou amamentação, através de seringas, agulhas ou outros instrumentos cortantes infectados e através da transfusão de sangue contaminado.

Estudos empíricos revelam que existe uma relação intrínseca entre a migração e o HIV, visto que os trabalhadores migrantes são considerados muito vulneráveis a infecção pelo HIV (Crush *et al.*, 2010; Crush, 2002; Campbell, 1997). Os grupos mais vulneráveis à infecção são as mulheres, as crianças, os jovens, os pobres, os migrantes incluindo refugiados, população deslocada internamente, entre outros grupos.

Em Moçambique, os trabalhadores migrantes têm como destino os centros urbanos e países vizinhos, particularmente a África do Sul, Zimbabwe, Zâmbia e Malawi (c.f. Crush *et al.*, 2010; Covane, 1996; Das Neves, 1996; Penvene, 1982).

No presente trabalho, falaremos das consequências da migração para a saúde das famílias da Província de Gaza, onde os jovens do sexo masculino migram em grande número para a cidade de Maputo e República da África do Sul, para prestarem trabalhos nas fábricas, no comércio informal, nas minas, plantações e outros serviços, garantido desta forma o seu “ganha-pão” e o sustento das suas famílias.

O processo migratório para a África do Sul, segundo os autores atrás referidos, intensificou-se a partir da segunda metade do século XIX, com o desenvolvimento da indústria mineira, particularmente a do ouro. Se por um lado essa migração laboral tornou a economia familiar do sul de Moçambique dependente desse processo, por outro, criou uma certa instabilidade/vulnerabilidade nos casais, uma vez que, por força de circunstâncias previstas nos contratos de trabalho, esses jovens passaram a viver muito tempo separados das suas esposas.

A migração desses jovens cria certas “liberdades”, que muitas vezes desafiam o seu modo de vida tradicional, desembocando, conseqüentemente, em problemas sociais. Um deles é o problema causado pela infecção e propagação do HIV.

De acordo com as constatações feitas no espaço da pesquisa e com as informações das nossas fontes orais¹, alguns migrantes regressam definitiva ou temporariamente à comunidade gravemente doentes. Ignorando todos os

¹ Entrevistas realizadas entre 2006 e 2011, no âmbito de pesquisa realizada pelo *Center for Population Dynamics* da *Arizona State University* dos Estados Unidos da América em parceria com a Universidade Eduardo Mondlane através do Centro de Estudos de População e Centro de Estudos Africanos. A pesquisa foi financiada pelo *The National Institute of Child Health and Human Development* (EUA) Grant R 01 HD050175.

riscos que o HIV pode constituir para a saúde das suas esposas, esses migrantes exigem que as suas relações conjugais se façam de acordo com a tradição, tal como sempre foi com os seus ancestrais, nomeadamente, fazer sexo sem preservativo. Aliado a isso, os mesmos não aceitam fazer o teste do HIV para conhecerem o seu estado de saúde. Esta situação provoca um grande dilema nas esposas dos migrantes, uma vez que ficam sem saber se devem aceitar manter relações sexuais sem o preservativo, e sujeitarem-se a contrair o HIV, ou se devem recusar, seguindo desta forma os conselhos dos centros de saúde e, consequentemente, correr o risco de perder o casamento.

O contexto do estudo

O “querer” ser infectada significa “aceitar” o risco de contaminação ao manter relações sexuais desprotegidas por força de regras tradicionais de relações de dependência e de subordinação ao marido a quem deve obediência, enquanto o “não querer”, é ter a consciência de que qualquer relação desprotegida com o marido que tenha estado ausente por um período longo pode ser fatal, na medida em que ela não sabe se o marido está ou não infectado. Infelizmente, a mulher não se pode livrar desse risco, uma vez que o marido é geralmente o garante do seu sustento e dos seus filhos. Na essência, trata-se de um problema que se situa entre o tradicional e o moderno, assente em famílias patrilineares do sul de Moçambique, em particular da Província de Gaza. Neste contexto, o respeito pela tradição significa aceitar seguir as regras tradicionais do casamento assentes no lobolo, um pressuposto que coloca a mulher numa dependência e submissão “total” em relação ao marido.

Estudos feitos sobre a situação do HIV e SIDA em Moçambique consideram que os índices de infecção por região em Moçambique variavam entre 21%, no sul (com maior prevalência para as províncias de Gaza e de Maputo com 27% e 26%, respectivamente), 18%, no centro e 9%, no norte (INSIDA, 2010). Sobre o mesmo assunto, MISAU (2009) e INE (2009), afirmam que, em 2008, existia um total de 1,6 milhões de pessoas vivendo com o HIV, dos quais 37% eram homens e 54% mulheres, com idade superior a 15 anos e 9% eram crianças, entre os 0 e 14 anos.

No geral, esses estudos sobre a migração e o HIV partem do pressuposto de que o migrante é infectado durante o tempo em que se encontra a trabalhar longe da sua família e, no seu regresso, ele infecta a sua mulher indefesa.

Portanto, a ideia que prevalece é de que muitos dos trabalhadores migrantes possuem comportamentos sexuais de risco, motivo pelo qual muito facilmente contraem o HIV e, ao regressarem a casa infectam as suas parceiras. É neste contexto em que Avogo & Agadjanian (2013) e Barwise *et al.* (2012), entre outros, concluem que muitas das infecções causadas pelo HIV estão associadas à migração, reconhecendo deste modo, a estreita relação existente entre a migração e o HIV.

Importa também referir que um estudo feito por Crush *et al.* (2010) sobre África do Sul (país de destino dos trabalhadores moçambicanos), concluiu que este país apresenta um dos índices mais altos de prevalência da tuberculose e HIV na região. Todavia, Avogo e Agadjanian (2013) e Crush *et al.* (2010) observam que apesar de terem sido já realizados estudos que relacionam a migração com o HIV nos últimos 10 a 15 anos, ainda subsistem algumas dúvidas para a sua plena compreensão, uma vez que, segundo esses estudos, existem casais em que sendo um deles seropositivo e levando uma vida sexual normal sem recorrer ao uso de métodos preventivos contra doenças sexualmente transmissíveis, o cônjuge nunca chega a ser infectado. Para o caso em estudo, por exemplo, quisemos compreender como é que se explica que em condições normais, isto é, depois do “reencontro sexual” de um casal cujo marido é trabalhador migrante a mulher fica infectada pelo HIV e o seu parceiro não fica ou vice-versa?

Todos os autores aqui referidos, põem acento tónico na vulnerabilidade dos migrantes como causa principal do problema da infecção e propagação do HIV e SIDA. Porém, muito pouca reflexão foi feita sobre o comportamento das parceiras destes migrantes, nas suas áreas de origem. É com base neste pressuposto que este artigo se irá debruçar, procurando compreender o dilema destas mulheres de “(não) querer” se proteger contra as infecções sexualmente transmissíveis, em particular o HIV, “nos reencontros” com os seus maridos migrantes.

Trata-se de uma pesquisa longitudinal, que se realizou na província de Gaza, justamente nos distritos de Chibuto, Chókwè, Guijá e Manjacaze em três rondas (2006, 2009 e 2011), onde foram entrevistadas as mesmas mulheres.

As entrevistas abordaram aspectos relacionados com o comportamento reprodutivo e o risco de infecção pelo HIV das esposas de trabalhadores migrantes. Foram entrevistadas e observadas 72 mulheres casadas com trabalhadores migrantes, com idades compreendidas entre 18 e 45 anos, em

três rondas. Em cada uma das rondas as mulheres foram visitadas três vezes: (i) A primeira visita serviu para a apresentação da equipa de trabalho e pedir permissão para a entrevista e marcação de datas para as visitas subsequentes. (ii) A segunda visita foi destinada à entrevista sobre questões relacionadas com a vida da entrevistada, particularmente com o seu estado marital, história do seu casamento, lobolo, convivência com os sogros, fontes de renda, solidariedade entre vizinhos e membros da igreja, experiência migratória de cônjuge, tendo sempre presentes aspectos relacionados com reprodução, economia e organização social. (iii) A terceira visita, incidiu sobre o conhecimento e experiências da entrevistada sobre o HIV e SIDA, particularmente no que respeita às formas de transmissão, prevenção e vulnerabilidade à infecção. Neste último caso, pretendia-se saber sobre os riscos de infecção pelo HIV, o acesso à informação e ao tratamento antirretroviral, bem como o conhecimento que elas tinham sobre o seu tratamento e formas de prevenção.

Com estas questões pretendia-se perceber melhor o grau da vulnerabilidade da mulher rural considerando que ela, no geral, vive em condições de riscos e desafios contínuos.

Importa referir que a análise que aqui se faz se restringe às mulheres com idades entre 18 e 30 anos. Esta é uma faixa etária de reconhecida vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Neste contexto, a compreensão da “velocidade” de infecção dos casais pelo HIV requer uma análise da estrutura sociocultural e económica das comunidades, bem como do perfil da mulher rural.

No âmbito deste projecto foram muito recentemente publicados artigos por, Raimundo (2013) e Avogo e Agadjanian (2013). Todavia, existem ainda aspectos por serem explorados, sobretudo compreender o comportamento sexual da esposa do trabalhador migrante, no que se refere às possibilidades de “querer” e o “não querer” proteger-se contra as infecções sexualmente transmissíveis.

A escolha entre o “querer” e o “não querer” encontra-se subjacente nas relações de género, marcadas pela dominação de um género pelo outro e, pelo baixo poder económico de algumas famílias que, mesmo com esposos envolvidos no trabalho migratório, as parceiras ficam muitos meses desprovidas de amor, carinho e dinheiro para a compra de produtos básicos para a subsistência.

O presente capítulo, ao discutir as relações que se estabelecem dentro de uma família nas comunidades patrilineares na província de Gaza, no Sul de Moçambique, procura conhecer melhor o comportamento sexual da jovem esposa do trabalhador migrante na África do Sul, o que implica necessariamente, compreender a sua condição económica, o seu relacionamento com o esposo migrante, com os familiares deste e com os membros da sua comunidade.

As comunidades Changana de Chibuto, Chókwé Manjacaze e Guijá

Se bem que não seja o propósito deste trabalho, gostaríamos de começar por fazer referência a algumas características dominantes da vida das comunidades do grupo etnolinguístico Changana, que actualmente habita os distritos estudados, nomeadamente, Chibuto, Chókwè, Manjacaze e Guijá. Estas comunidades pertencem a grande família bantu. Citando Sikh (1961), Peirone (1967:34) afirma que todos os povos bantu são mais ou menos aparentados, não somente pela sua língua, mais também pela sua cultura. Por essa razão, têm muitas coisas em comum. No caso das comunidades em estudo podemos encontrar alguns aspectos em comum com outras comunidades do país. Daremos o exemplo da palavra água que, embora se escreva e se pronuncie de maneiras diferentes (*mati* ou *madzi*), ela possui o mesmo significado para a maioria das comunidades em Moçambique, como o é para as comunidades Changana e para as comunidades Nyungwe da província de Tete. A compreensão dessas características permitirá conhecer o referido grupo etnolinguístico no período posterior à independência nacional, particularmente no que diz respeito ao processo e importância do casamento tradicional. Aliás, Radcliffe- Brown e Forde (1982:11), no estudo que fizeram sobre os sistemas políticos africanos de parentesco e de casamento mostram que, para a compreensão de qualquer aspecto da vida social de uma população africana, é fundamental conhecer a sua organização de parentesco e de casamento.

A propósito do conceito de comunidade, Ferrinho (1974:19) define-o como “uma pluralidade de pessoas e grupos com uma cultura comum que lhes dá um forte sentimento de pertença a um sistema sociocultural bem definido, perfeitamente individualizado e geograficamente localizado, onde os interesses colectivos se identificam, de uma forma geral, com os interesses

individuais dos seus membros”. Na opinião de Parson (1973:23) a definição de uma comunidade social centra-se essencialmente na existência de uma ordem normativa [normas e valores (sistemas sociais e culturais)] e de uma população colectivamente organizada.

Este trabalho resultou de observações feitas nos locais desta pesquisa e de leituras de trabalhos já realizados sobre este assunto, tais como Ferreira (1965) e Ribeiro (1998).

Importa referir que todos estes autores confirmam as nossas observações quanto a importância que estas comunidades dão à tradição em tudo que realizam para a sua subsistência, particularmente no que diz respeito a crenças, mitos, ritos e símbolos e, abordam o casamento tradicional destas comunidades numa perspectiva geral, negligenciando em alguns casos alguns dos seus aspectos particulares, relacionados particularmente com a saúde dessas comunidades. Por isso, a nossa abordagem dá mais ênfase a esses aspectos, apresentando elementos que nos ajudam a compreender melhor a lógica e a evolução do comportamento das famílias das comunidades em estudo no processo de realização dos seus casamentos tradicionais no período em análise, uma vez que, na opinião de Marx e Engels (1975:173-4) “as formações africanas de hoje são o produto histórico de transformações inacabadas dos modelos de produção não capitalistas pré-coloniais por acção do sistema económico mundial no qual domina o modo de produção capitalista”.

O sistema de parentesco e de casamento das comunidades Changana

As comunidades do grupo etnolinguístico Changana dos espaços estudados, ocupam um espaço próprio e possuem um conjunto de normas que orientam o seu dia-a-dia.

De acordo com as constatações feitas no local da pesquisa, podemos afirmar que nas comunidades Changana, em estudo, as regras de vivência tradicionais continuam a ter um grande peso na organização das suas vidas, onde o parentesco assume de facto um papel relevante. Essas normas, apesar de não estarem escritas, são reconhecidas e cumpridas pela maioria dos seus membros, na medida em que nada se faz e nada se pode fazer sem ter em conta o sistema de parentesco em vigor. A este propósito, Mauss (1967:38)

diz que o facto do direito costumeiro não se apresentar por escrito, não se considera inferior e nem se opõe uma vez que “...em todos os direitos existe sempre um direito costumeiro”.

Segundo Radcliffe-Brown e Forde (1982:13), um sistema de parentesco e de casamento é “um arranjo que permite que as pessoas vivam juntas e cooperem umas com as outras segundo uma certa ordem social”.

O sistema de parentesco Changana

O parentesco joga um papel fundamental na organização social de qualquer comunidade rural em Moçambique. Radcliffe-Brown e Forde (1982:13) observam que “para as populações que vivem em pequenos grupos e que se alimentam através da utilização de instrumentos de produção rudimentares, o parentesco se revela ser de grande importância”. Na opinião destes autores “duas pessoas que são parentes são em relação de um com o outro de duas maneiras: ou um desce do outro ou os dois descendem de um progenitor comum”. Neste contexto, os autores em questão definem um sistema de parentesco como sendo “um sistema activante de alianças de indivíduos através de um arranjo organizado de interações do qual os costumes particulares são considerados como parte integrante da máquina social...”, isto é “como um complexo de normas de uso e de modos de comportamento».

Comentando sobre o papel do parentesco, Radcliffe-Brown (1968:100) afirma que “na maior parte das sociedades que chamamos primitivas, o parentesco é a base essencial das regras de conduta dos indivíduos...”. De acordo com este autor, a relação de parentesco é sempre necessária e bilateral exigindo e exige uma escolha entre instituições patrilineares e matrilineares. Neste contexto, segundo constatações feitas no terreno, as comunidades Changana dos distritos estudados fazem parte de um tipo de parentesco com instituições de natureza patrilinear. De acordo com Ribeiro (1998:28), para este tipo de instituições “... os filhos pertencem ao pai e recebem o seu apelido”.

A família nas comunidades Changana

Antes de mais, é importante lembrar que o Homem é um ser social por isso, em condições normais, ele nunca pode viver sozinho isolado senão integrado numa comunidade a nível de uma família. Isto significa que um

indivíduo como tal não tem nenhum significado social se ele não estiver integrado numa dada família. A este propósito, Verdier (1986:9) comenta que “o indivíduo não existe na sua singularidade isolada e abstrata, mas nas suas participações a diferentes grupos, de parentesco e de aliança, de localidade e de vizinhança”. A propósito de família, Cicchelli-Pugeault e Cicchelli (1998:34) observam que “... a família não é um corpo abstrato do resto da sociedade, sua forma e seu conteúdo dependem do contexto social”. Sobre este assunto, citando Le Play (1998:34), estes autores afirmam que “a sociedade não é composta por indivíduos isolados e independentes mas de famílias...” e que “... a organização social e familiar estão intimamente ligados uma vez que ... a família é a imagem exacta da sociedade”.

A família tem uma importância vital no estudo de qualquer comunidade no espaço rural em Moçambique. Por essa razão, ela é um elemento de análise incontornável para compreender a estrutura e o comportamento das comunidades dos distritos em estudo. A este propósito, Vidrovitch (1982:130) afirma que “o facto de se tratar de sociedades camponesas, as relações familiares estão presentes e são dominantes em todos os domínios sociais económicos e políticos, pois que a família é precisamente a unidade de produção agrícola e a unidade da vida social”. Por isso, o estudo da família nas comunidades Changana dos distritos em causa torna-se fundamental, para melhor compreender o propósito desta pesquisa, uma vez que se considera imperativo conhecer a maneira como essas famílias se encontram estruturadas nas suas relações e interdependências. De acordo com as nossas observações no local da pesquisa, trata-se de famílias alargadas.

Falando a propósito da família, Cicchelli-Pugeault e Cicchelli (1998) citando Tocqueville (1998:32) afirmam que “a organização da família depende da organização da sociedade, a sua forma e o seu funcionamento interno variam mais precisamente em função do estado social que a rodeia”. A este propósito ainda, Mauss (1967:154) diz que “a família liga um grupo de pessoas naturalmente ou artificialmente consanguíneas que une uma série de direitos mútuos e recíprocos que derivam desta crença na consanguinidade, crença que pode ser marcada pela presença de um nome comum, de um nome de família”.

É neste contexto que Chauveau e Dozon (1980:43) afirmam que “a família é a mais importante das instituições indígenas, o centro de toda a organização e a unidade social económica e jurídica”. A mesma caracterização foi feita por Radcliffe-Brown e Forde (1982:15) ao afirmarem que “nós podemos considerar a ‘família nuclear’ como a unidade de base da estrutura de parentesco”.

Na opinião de Radcliffe-Brown e Forde (1982:16) “existe uma grande variedade de grupos de família. Um tipo comum que pode ser designado de ‘família conjugal’ constituída pelos pais e filhos menores ou solteiros, isto é, constituída por um homem, sua mulher ou suas mulheres e seus filhos solteiros”. Este tipo de família é para estes autores característico de muitos povos africanos e, na nossa opinião, este tipo de família é também característico para as comunidades Changana estudadas, onde toda a organização social repousa sobre a família que é o centro de toda organização social.

Radcliffe-Brown e Forde (1982:16) para caracterizar o período de vida de uma família conjugal, dizem que “o grupo começa com o nascimento do primeiro filho do casal, cresce com o aparecimento de outros filhos e se dissolve particularmente à medida que os filhos o abandonam e termina com a morte dos pais”.

Para melhor compreender o papel da família nas comunidades changana dos espaços em estudo, faz-se a análise das suas principais características internas em relação a filiação, casamento e residência.

O princípio de filiação das comunidades Changana

De acordo com Radcliffe-Brown e Forde (1982:18) “o mais importante no estudo de uma sociedade é o nível de importância que se atribui ao princípio de filiação unilinear e a maneira como ele é utilizado”. No que respeita aos princípios de filiação, Radcliffe-Brown (1968:87) afirma que:

em todas as sociedades, quer sejam primitivas ou evoluídas, o parentesco é necessariamente bilateral. O indivíduo encontra-se ligado a certas pessoas pelo seu pai e a outras pela sua mãe: um sistema de parentesco define as características destas relações prospectivamente com seus parentes paternos e maternos. Quando uma sociedade está dividida em grupos e que uma regra fixa a pertença das crianças a família do pai, estamos perante uma descendência patrilinear; no caso contrário, a descendência é matrilinear.

Em relação as comunidades dos espaços em estudo, as comunidades changana fazem parte dos povos do sul de Moçambique cujas características etnológicas são patrilineares na sua descendência, herança e sucessão. A seguir, procuraremos apresentar a natureza do casamento changana dos espaços estudados, uma vez que nos permite compreender com clareza a sua contribuição na propagação do vírus causador do SIDA.

O casamento nas comunidades Changana

Paul (2003:242), que cita Rivière, considera o casamento como uma “união contratual entre dois grupos exógamos pelo casamento de um dos seus membros, a aliança que liga dois indivíduos de sexos diferentes por um feixe de direitos e obrigações mútuas variáveis de cultura em cultura”. De acordo com este autor, “a gestão local das alianças matrimoniais se revela ser uma condição incontornável da reprodução demográfica e social...”.

Tal como se pode aperceber a partir da afirmação de Paul (2003), falar de alianças matrimoniais é também, implicitamente, falar da “reprodução demográfica e social”. Para a realidade das comunidades estudadas, essa “reprodução demográfica e social” é, sem dúvida, um dos potenciais factores que contribuem para a propagação do HIV.

Nas comunidades estudadas, o lobolo é e sempre foi o facto mais credível na união matrimonial de duas pessoas pertencentes a linhagens diferentes. Segundo explicações dos nossos entrevistados, o lobolo é entendido como um costume ancestral que dita a união de duas famílias. De acordo com essas fontes, trata-se de uma cerimónia incontornável que se realiza quando dois jovens de sexos e famílias diferentes pretendem viver juntos. É um acto repleto de rituais que simbolizam essa união. Tradicionalmente possui a mesma importância e função que o casamento jurídico tem e que se caracteriza pela obrigação que a família do noivo tem de “agradecer” aos pais da noiva pelo facto destes terem gerado e educado uma futura esposa, mãe e trabalhadora.

Quando questionamos as jovens esposas das comunidades em estudo sobre a maneira como se casaram, uma delas, justamente da aldeia Guemulene, no distrito de Chibuto disse o seguinte:

... A minha família escreveu num papel a dizer que estava a pedir dinheiro de lobolo. Escreveram dez milhões (equivalente a 10.000 MT). E o meu marido, na altura pretendente a marido, prontificou-se em pagar a quantia de 10.000MT e ofereceu capulanas e lençóis. Ele conseguiu pagar, porque é madjonidjoni...Ele nada deve a minha família. (Aldeia de Guemulene, Chibuto, 20 de Agosto de 2011).

Este testemunho, bem como as observações feitas no local da pesquisa, permitem-nos dizer que o lobolo é um dos acontecimentos importantes na vida destas comunidades principalmente para as mulheres, uma vez que, para elas

representa de facto o real casamento. Mais uma vez se prova que algumas regras tradicionais destas comunidades continuam a ser de grande valor e credíveis, apesar do impacto sofrido com as regras do casamento moderno, relativas ao casamento com regras escritas. Por essa razão, iremos a seguir apresentar alguns aspectos relacionados com a sua importância.

As características e importância social do casamento Changana

O casamento entre as comunidades Changana dos espaços em estudo tem socialmente uma importância fundamental, não apenas porque contribuem para o aumento da família, mas também, porque ele cria a família que é a fonte do parentesco, isto é, a base de toda a organização social destas comunidades. Segundo Ferreira (1965:129):

no sistema matrimonial dos bantus da África Austral concedia-se importância primordial aos aspectos sociais, legais e económico. O casamento era uma questão privada entre dois grupos, sem intervenção das autoridades políticas e religiosas. Tinha como fim a produção de novos indivíduos que assegurassem a sobrevivência do grupo com um corpo organizado. Considerava-se pois como uma troca de serviços entre duas famílias pertencentes a clãs diferentes: Uma das famílias cedia a outra a capacidade procriadora de um dos seus membros e, para ser compensada pela perda, recebia determinados bens (lobolo) que, normalmente, eram destinados a aquisição de uma noiva para um dos irmãos da recém-casada.

É neste contexto que M'baye (1968:15) observa que “o casamento em África não é um contrato entre dois indivíduos, mas sim um pacto subscrito por duas famílias. Através deste contrato, a esposa pode entrar na família do seu marido ou simplesmente ficar como uma aliada.

De acordo com o que se tem verificado, o casamento entre as comunidades Changana em referência não se faz de qualquer maneira. Existem regras que a tradição conserva desde os tempos dos seus ancestrais que devem ser obedecidas obrigatoriamente. Apesar das influências de factores culturais de outras comunidades que se foram fazendo sentir ao longo do tempo, muitas das características dos casamentos tradicionais Changana se mantiveram intactas até aos nossos dias. De acordo com o que observamos e com as conclusões chegadas por Ferreira (1965) e Ribeiro (1998), podemos destacar as seguintes:

- Considerado como uma questão privada de famílias;
- Fruto do consentimento da família da mulher e do homem;

- Exigência do pagamento do *lobolo* (em dinheiro ou em cabeças de gado);
- Transferência da mulher para o grupo familiar do marido;
- Não prevê nenhuma formalidade especial;
- Obrigatoriedade da realização da cerimónia de “Kutchinga” destinada para purificar tudo que era propriedade de um marido falecido para garantir a continuação da viúva no grupo familiar do marido e perpetuar o seu nome ;
- Baseia-se nas orientações e conselhos dos tios paternos dos jovens que pretendem se casar;
- Existência da prática da poligamia principalmente para os detentores do poder;
- Os filhos pertencem sempre ao pai e recebem sempre o nome da sua família.

As regras de residência

O casamento cria sempre uma nova família e, por consequência, uma nova residência que obedece sempre regras tradicionais próprias, criadas para o efeito. É neste contexto que Needham (1977:75) diz que “a natureza de instituições do casamento é em parte ligada aos princípios de filiação e as regras de residência”. Para o caso estudado, estamos perante o tipo de residência conhecido por virilocal onde a mulher é obrigada a viver numa casa dentro do espaço pertencente aos parentes do marido onde fica até a morte ou divórcio.

Os homens não saem do território da sua linhagem. Quando eles se casam ficam lá até à morte, enquanto as mulheres se casam fora da sua linhagem, isto é, do seu território, e passam a viver no território dos parentes do marido. A mulher é obrigada a sair da casa dos seus pais para habitar o espaço residencial do seu marido.

Isto significa que os homens ficam sempre perto dos seus pais, isto é, no território dos seus ancestrais.

As informações obtidas no local da pesquisa revelam que, na nova residência, o casal deve demonstrar que é fértil e pode ter filhos. A ausência de

filhos até um certo período pode ser grave e significar que o casal não procria, situação considerada grave para a mulher porque geralmente ela tem sido a primeira suspeita de infertilidade. Quando isso não acontece, recorre-se a um curandeiro. Quando o remédio por ele prescrito não resultar e a esterilidade do casal persistir, então procura-se identificar o culpado. Deste modo, o tio paterno do jovem, isto é, o irmão mais velho do pai do jovem encoraja o jovem a ter relações sexuais discretas para provar se faz filhos ou não.

De acordo com as nossas fontes orais, as crianças nascidas deste casamento pertencem sempre a família do homem, isto é, a mulher não tem nenhuma autoridade sobre elas. No momento do divórcio, ela deixa a casa do seu marido, bem como todos os seus filhos.

As esposas dos trabalhadores migrantes e os riscos de infecção pelo HIV

A compreensão da problemática do HIV e sua relação com a migração na província de Gaza exige que se tenha um conhecimento prévio sobre a história da migração, o contexto em que ela ocorreu, o seu papel no aumento da auto estima dos homens, e também as relações de género nos espaços da pesquisa, entre os anos 2006 e 2011.

Tal como atrás foi referido, o trabalho migratório entre Moçambique e a África do Sul não é um fenómeno novo. Há mais de dois séculos em que os homens dos distritos em estudo deixam as suas aldeias e se dirigem à África do Sul a procura de trabalho na indústria mineira, e mais recentemente, em outras actividades. Uma das consequências desse processo foi a propagação de certas doenças nos locais de saída e de chegada desses trabalhadores, tais como a tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis.

Com base nos dados recolhidos em três rondas, analisamos entrevistas de mulheres de idade compreendida entre 18 e 30 anos para melhor compreendermos o dilema pelo qual passam as mulheres dos distritos em referência, expresso entre o “querer” e o “não querer” se proteger da infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Nessa análise, concordamos com outros autores que defendem que, tal como a agricultura, o trabalho migratório é uma das actividades geradoras de renda nas famílias e, constitui um rito de passagem da adolescência para a idade adulta a medida

em que existe uma percepção de que “Homem que é homem deve ir às minas”, uma vez que, é convicção de todos de que é a capacidade de realizar trabalhos pesados que se demonstra quem realmente é homem e que está em condições de casar e sustentar uma família (Raimundo, 2008).

Raimundo (2010, 2008a) referem que o trabalho migratório sofreu mudanças ao longo dos tempos uma vez que actualmente as mulheres dos distritos pesquisados também já o realizam, não para a indústria mineira, mas, no contexto do comércio transfronteiriço², no geral, por períodos curtos, embora existam algumas jovens que permanecem na África do Sul em períodos relativamente mais longos exercendo outras actividades nas cidades, tais como a venda de capulanas e bijutarias e trabalhos de cabeleireiro.

Segundo observações tidas no espaço da pesquisa, constata-se que algumas pessoas, apesar de conhecerem as formas de infecção³ pelo HIV e as respectivas formas de prevenção, continuam, deliberadamente ou não, a se exporem ao risco de infecção, pondo em causa a saúde das suas esposas e/ou parceiras ocasionais. Neste grupo incluímos os trabalhadores migrantes.

Sobre o assunto acima referido, as nossas entrevistadas admitiram que raramente sugerem aos esposos, recém-chegados da África do Sul ou de um outro lugar onde habitualmente trabalham por períodos superiores a 6 meses, a realizarem o teste de HIV, antes da relação sexual. Além disso, vários estudos sobre relações de género e HIV (ex., Mejia *et al.*, 2004; Silva, 2003; UNIFEM, 2009; WLSA, 1999), argumentam que as mulheres não têm poder de negociar assuntos relacionados com o seu lar e, muito menos, sobre relações sexuais conjugais por temerem sofrer violência física. Segundo UNIFEM (2011), os homens justificam essa violência com a imaturidade da mulher, o facto de ela defender os filhos sem razão, a falta de visão sobre a vida, o não se preocupar com a família do marido, a indiferença em relação a sogra, entre outras razões.

Avogo e Agadjaniam (2013), que também analisaram os dados recolhidos no âmbito do projecto supramencionado, dizem que o risco de infecção das mulheres é justificado pela incapacidade que elas têm de insistirem com os maridos na necessidade do uso de preservativo porque essa exigência pode ser interpretada como uma suspeita de infidelidade dos esposos. Todas as

² Vulgarmente conhecido por *Mukhero*.

³ Através de estudos empíricos, os trabalhadores migrantes nas minas na África do Sul assim como suas esposas dizem conhecer as formas de contaminação incluindo a via sexual e saberem o quão vulneráveis se tornam quando mantêm relações ocasionais sem a devida protecção, incluindo o uso do preservativo.

mulheres jovens entrevistadas foram unânimes em afirmar que nunca se atreveram a sugerir aos seus maridos que fizessem o teste de HIV e, muito menos, discutir com eles sobre o seu estado serológico, por temerem que eles as vejam como infiéis. Para testemunhar este facto, uma das mulheres entrevistadas disse:

Não costumo dizer ao meu marido para fazer teste de HIV, no dia em que ele chega da África do Sul, antes de termos relação sexual. Tenho medo que ele desconfie de mim. (Entrevistada de Guemulene, Chibuto, 29 de Julho de 2006).

Na sua análise, Avogo e Agadjianiam (2013) chamam atenção para a necessidade de avaliar esta interpretação, que pode ser controversa em relação ao lugar onde os trabalhadores migrantes terão contraído o HIV. Na sua explicação, afirmam que estes trabalhadores poderão ter contraído o HIV com as suas esposas antes da viagem. Esta constatação parte do pressuposto de que algumas destas mulheres podem ser infiéis, isto é, podem estar a envolver-se em relações sexuais extraconjugais. Concordamos com esta observação, na medida em que a infidelidade conjugal é bastante antiga e existe em quase todas as comunidades humanas, quer urbanas como rurais. As suas causas, circunstâncias e motivações é que diferem de lugar para lugar. A análise das entrevistas sugere a existência de relações sexuais extraconjugais desprotegidas, como testemunha o seguinte extracto:

Nesta comunidade, existem mulheres casadas que têm companheiros porque ainda têm o sangue a correr... os maridos não mandam dinheiro... os maridos têm outras mulheres lá... porque elas não podem ter também? Algumas chegam até a ficar grávidas desses homens...(Aldeia Acordos de Lusaka, Chibuto, 02 Agosto de 2006).

Segundo as nossas fontes, a troca de favores sexuais por dinheiro e bens tem sido uma prática nos espaços da nossa pesquisa. Uma das nossas entrevistadas justificou dizendo que algumas esposas de mineiros o fazem pela necessidade que têm de alimentar os seus filhos, uma vez que

...os seus maridos não mandam dinheiro nem nada para elas quando se encontram lá na *djoni*⁴. [E também] porque o sangue ainda corre dentro⁵ dela e, por isso, ainda precisam de homem. (Aldeia de Makhassalani, Manjacaze, 26 de Julho de 2009).

Sobre este assunto, uma outra entrevistada comentou nos seguintes termos:

⁴ Djoni: termo usado para se referir à África do Sul

⁵ Para a entrevistada significa que ainda menstrua regularmente e, por isso, ainda não envelheceu.

... muitas mulheres envolvem-se com outros homens por causa da pobreza. Os maridos delas não se encontram na aldeia. Estão na África do Sul há muitos anos e não dão notícias. Por isso, estas mulheres não sabem o que fazer com os filhos sem a assistência dos maridos durante muito tempo. Aqueles que enviam alguma coisa para a família, muitas vezes quem recebe e distribui essas coisas são as suas sogras que ficam com a maior parte da encomenda. É a pobreza que provoca tudo isto. (Aldeia de Acordos, Chibuto, 18 de Agosto de 2011).

Convém referir que, durante as entrevistas, apercebemo-nos de que os maridos ao regressarem dirigem-se primeiro a casa das suas mães. De acordo com uma das entrevistadas

É a minha sogra que recebe o meu marido com as coisas que ele traz da África do Sul, e só no dia seguinte é que é autorizado a dormir comigo (Entrevistada de Guemulene, Chibuto, 29 de Julho de 2006).

Segundo explicações recolhidas no terreno, o trabalhador migrante pernoita em casa da sua mãe no dia do seu regresso justamente para receber o relatório sobre a situação da família, em particular sobre o comportamento da mulher durante a sua ausência. É através do que ouviu da mãe dele que o migrante prova se a sua esposa foi ou não fiel durante a sua ausência. Isto prova que a mãe e os familiares do marido nas comunidades dos distritos estudados é que dão garantias ao migrante sobre a fidelidade da mulher durante a sua ausência.

Porém, durante as entrevistas constatamos que em nenhum momento a mãe do trabalhador migrante se preocupa com o comportamento sexual do seu filho durante a sua ausência. De acordo com as nossas entrevistadas, na tradição patrilinear este assunto é algo que não deve ser discutido porque, segundo a tradição, quando um homem tem relações sexuais ocasionais “é porque tem necessidade e, por ser homem, pode tê-las tantas vezes que quiser”.

A análise que fazemos sobre a tradição acima referida, permite-nos concluir que não podemos culpar apenas os homens migrantes ou as mulheres que ficam atrás como responsáveis da infecção pelo HIV aos casais de trabalhadores migrantes dos espaços pesquisados, uma vez que, por razões económicas e de ausência prolongada do marido, a mulher expõe-se às relações ocasionais, e, por sua vez, o homem migrante, porque “é homem” envolve-se em relações ocasionais. Quem é o culpado? O que estamos a apresentar são factos que indicam a vulnerabilidade, por várias razões, à infecção pelo HIV de ambos os parceiros, pois em muitos dos casos, praticam relações sexuais desprotegidas.

Porém, as mulheres entrevistadas sentem que estão em perigo. Uma das entrevistadas desabafou dizendo o seguinte:

Entristece-me não conhecer o estado de saúde do meu marido, porque penso nas eventuais amantes que ele tem aonde vive e trabalha. E no seu regresso pode-me contaminar. O problema é que o homem não foi feito para ser amarrado. (Aldeia Acordos de Lusaka, Chibuto, 02 Agosto de 2006).

A partir dos depoimentos feitos pelas jovens esposas de trabalhadores migrantes nos distritos pesquisados, podemos concluir que, nas relações conjugais, existem muitos factores que devem ser tomados em consideração na análise do dilema que as mulheres enfrentam de “querer” ou “não querer” ser infectadas pelo HIV quando os maridos regressam da África do Sul:

- a) Ausência de conversas sobre assuntos íntimos, tais como sexo, reprodução ou número de filhos, planeamento familiar e questões sobre infecção por ITS e HIV. Tal como se constata nas pesquisas efectuadas em 2006 e 2011, o risco de infecção pelo HIV é ainda muito grande, porque os casais pouco falam sobre o assunto e muito menos sobre prevenção. O uso do preservativo é inquestionável não obstante, a mulher reconhecer a necessidade do seu uso.
- b) Quem determina quando e em que condições devem manter as relações sexuais é o homem, independentemente da vontade da mulher;
- c) O medo que as mulheres têm de sugerir ao marido a fazer o teste de HIV ou a usar o preservativo nas relações sexuais, porque tal acto pode ser entendido como um autêntico desafio às regras tradicionalmente instituídas, aceites e obedecidas por todos os membros da comunidade, motivo suficiente para o divórcio. Porém, ao longo das entrevistas, apercebemo-nos de que algumas esposas, sobretudo aquelas que possuem alguma escolaridade, influenciadas por amigas e conversas com as amigas têm tido alguma coragem e pedem aos seus maridos para fazerem o teste de HIV tal como testemunha a nossa entrevistada de Chiaquelane no distrito de Chókwè nos seguintes termos:

Apesar de admitir que como homem pode pular a cerca, eu as vezes ganho coragem e converso com ele dizendo: se queres dormir comigo vai ao hospital. Lá farás o teste de SIDA, pois não sei o que é que fazes lá onde vives. Se não fizeres e tiveres SIDA ambos morreremos. E quem é que cuidará das crianças? (Chiaquelane, Chókwè, Julho de 2011)

Sobre este assunto, uma outra testemunha da mesma aldeia deixou o seguinte depoimento:

...o meu marido diz que há muitas doenças e que devemos nos prevenir. Para isso é importante que façamos o teste conforme ele faz na África do Sul. (Chihaquelane, Chókwè, Julho de 2011).

- d) O receio que as esposas sentem em informar aos maridos ou seus parentes em casos de violação sexual ou estupro, tal como testemunhou uma das nossas entrevistas:

Estava sozinha na machamba quando fui interpelada por um homem que me ameaçou de morte se gritasse. Violou-me sexualmente e quando informei sobre o sucedido ao meu marido ele não me aceitou mais e, me mandou embora de casa. (Aldeia de Chalucane, Chókwè, Julho de 2011).

- e) Alguns homens, na sua maioria por ignorância ou por não acreditarem na existência do SIDA;
- f) A dependência total da mulher em relação ao marido impossibilita-a, muitas vezes, de ter iniciativas empreendedoras. É também notório que na sua maioria, as mulheres não mudaram a sua situação económica. Dependem em grande medida da renda de subsistência proveniente da produção agrícola. Por essa razão, constatou-se existir uma grande dependência financeira no que respeita ao dinheiro enviado pelos esposos trabalhadores migrantes na África do Sul. No nosso entender, este é um dos factores que faz com que a maioria das mulheres se sinta limitadas para discutirem com os seus maridos assuntos ligados a economia doméstica. E para que elas possam ter fontes de renda extras, devem necessariamente pedir autorização aos maridos que, muitas vezes, não aceitam, tal como podemos constatar no seguinte depoimento:

Uma vez manifestei ao telefone ao meu marido a intenção de poder vender produtos em Chilembene para aumentar a nossa renda, ele me disse que o dinheiro que enviava da África do Sul era suficiente. Ameaçou-me com uma vara argumentando que eu queria vender como um pretexto para me encontrar com amantes. (Aldeia de Chalucane, Chókwè, Julho de 2011).

Apesar de existir a percepção de que a disseminação do HIV está associada à migração laboral, a informação encontrada nas entrevistas, ilustra que, o comportamento dos casais em relação ao assunto não tem mudado

ao longo deste período. Aqui nos referimos ao comportamento dos mesmos em relação a conversas sobre HIV e SIDA, incluindo formas de prevenção. O depoimento das esposas nos indica que ao longo deste tempo elas têm tido imensas dificuldades em discutir com os maridos o uso do preservativo, ou em sugerir aos esposos para que façam o teste de HIV antes de alguma relação sexual após um longo período de ausência. As esposas reconhecem que ambos devem passar por teste de HIV ou o uso do preservativo, após longo período de ausência, porque, assim aprenderam no Centro de Saúde e nas conversas com amigas.

Conclusões

Embora existam avanços significativos no empoderamento da mulher em Moçambique, particularmente no que diz respeito a igualdade de direitos cívicos e penais entre homens e mulheres, ainda existe um longo caminho a percorrer. Porém, as informações obtidas nos quatro distritos da província de Gaza onde decorreu a pesquisa nomeadamente Chibuto, Chókwè, Guijá e Manjacaze demonstram que existe uma estreita relação entre a migração e o HIV na qual a mulher rural se encontra numa situação de extrema vulnerabilidade de infecção marcada principalmente pelas regras da tradição onde ela não tem a liberdade de discutir com os seus parceiros certos assuntos de ordem social, tais como o planeamento familiar, relações sexuais seguras, doenças sexualmente transmissíveis e HIV e SIDA, e também, pela baixa renda e dependência económica em relação ao marido. Por isso, este estudo traz algumas propostas de reflexão sobre a referida vulnerabilidade que deverão ser discutidas de forma ponderada a todos os níveis (familiar, comunitário e de decisão) e, tomadas em consideração no desenho de políticas de redução de infecções da referida doença.

A recusa dos homens em fazer o teste de HIV e o medo que as mulheres têm de sugerir o uso do preservativo nas relações sexuais, têm sido factores que aumentam as dificuldades que as mulheres têm enfrentado em criar estratégias de prevenção. Por isso, por pressão do marido, da tradição patrilinear e das pessoas que as rodeiam, elas, acabam “aceitando” manter relações sexuais com os maridos de quem têm dúvidas sobre o seu real estado de saúde. Isto demonstra que a maioria dos trabalhadores migrantes da África do Sul pouco ou quase nada têm demonstrado mudanças de comportamento, sobretudo

no que diz respeito a necessidade de uso de preservativo nas relações sexuais com as suas esposas no regresso à casa.

Pelas suas características económicas e oportunidade de emprego existentes nos distritos pesquisados, acreditamos que cada um deles pode oferecer condições para que a mulher tenha acesso a um mercado que lhe permita uma renda razoável para o seu sustento e dos filhos, livrando-se deste modo da dependência do marido e do grande dilema em que muitas vezes ela se encontra de “querer” ou “não querer” proteger-se da infecção pelo HIV.

Referências bibliográficas

- Avogo, Winfred & V. Agadjanian. 2013. “Men’s Migration, Women’s Personal Networks, and Responses to HIV/AIDS in Mozambique”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10: 892-912.
- Barwise, K., A. Lind & E. Martins. 2012. Intensifying action to address HIV and TB in Mozambique’s cross-border mining sector. Maputo. International Labor Organisation.
- Campbell, C. 1997. “Migrancy Masculine Identities and AIDS, the Psychosocial Context of the HIV Transmission on the South African Gold Mines.” *Social Science and Medicine*. 45 (2):273-281.
- Chauveau, J.P. & J.P. Dozon. 1990. *Histoire du système foncier : le mariage de l’opposition société traditionnelle / société moderne*. Dans : Groupe Afrique Noire, Mutations Economiques et Sociales à la campagne – Transformations du régime foncier et genèse du monde des entreprises. *Connaissance du Tiers-monde (Cahier n°4)*: 12-17.
- Cicchelli-Pugeault, C. & V. Cicchelli. 1998. *Les Théories Sociologiques de la Famille*. Paris: Editions de la Découverte.
- Coquery-Vidrovitch, C. 1982. “Le Régime Foncier en Afrique Noire”. In E. Le Roy, E. Le Bris & F. Leindorfer – *Enjeux Fonciers en Afrique Noire*. Paris: Khartala.

- Covane, L.A. 1996. Migrant Labour and Agriculture in Southern Mozambique with Especial Reference to Lower Limpopo Valley, 1920-1992. Dissertação de Doutoramento, Institute of Commonwealth Studies, University of London. London
- Crush, J. 2002. Migration, Spaces of vulnerability: Migration and HIV E SIDA in Southern Africa. SAMP Migration Policy Series No 22. Cape Town.
- Crush, J., I. Raimundo, H. Simelane, B. Cau, D. Dorey. 2010. Migration-Induced HIV and AIDS in Rural Mozambique and Swaziland. SAMP Migration Policy Series No 53. Cape Town.
- Das Neves, J.M. 1998. Economy, Society and Labour Migration in Central Mozambique, 1930-c. 1965: A case Study of Manica Province. Dissertação de Doutoramento. London School of Oriental and African Studies, University of London.
- Ferreira, A.R.1965. “Um interessante caso de sucessão entre os Changanas de Chibuto”. In *Memorias do Instituto de Investigação Científica de Moçambique*. Lourenço Marques: Instituto de Investigação Científica de Moçambique. Pp 129-137.
- Ferrinho, H. M.1974. *Para uma teoria do desenvolvimento comunitário*. Luanda: Centro Moçambicano de estudos cooperativos.
- Godelier, M. 1982. *L'idéal et Matériel*. Paris: Fayard.
- INSIDA 2010: *Key Findings*. 2009. Mozambique.
- M'Baye, Kéba. 1968. *Le droit de la famille en Afrique Noire et à Madagascar*. Paris, Editions G.-P. Maisonneuve et Larose, Paris.
- Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde. 2009. Inquérito Nacional de Prevalência, Comportamentos de Risco e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique. Maputo.
- Marx, K. & F. Engels. 1975. *Oeuvres Choisies*. Moscou: Ed. Du Progrès.
- Mauss, M. 1967. *Manuel d'ethnographie*. Paris, editions Payot.

- Mejia, M., C. Osório & M.J. Arthur. 2004. *Não Sofrer Caladas. Violência contra Mulheres e Crianças e Denúncia e Gestão de Conflitos*, Maputo: WLSA Moçambique.
- Ministério da Mulher e Acção Social. 2005. *Inquérito sobre Violência Contra a Mulher 2004*. Maputo.
- Needham, R. 1977. La parenté en question. Onze contributions à la théorie anthropologique. Paris, Editions du Seul. Pp 5-14.
- Parson, T. 1973. *Sociétés - essai sur leur évolution comparée*. Paris: DUNOD.
- Paul, Jean-Luc. 2003. *Anthropologie historique des Hautes Terres de Tanzanie Orientale – Stratégies de peuplement et reproduction sociale chez les Luguru matrilineaires*. Paris: Editions Khartala.
- Peirone, F. J. 1967. *A Tribo Ajaua do Alto Niassa (Moçambique) e alguns aspectos da sua problemática Neo-Islamica*. Lisboa: Junta de Investigação do Ultramar, Centro de Estudos Missionários.
- Penvenne, J. 1982. A History of African Labor in Lourenço Marques, Mozambique, 1877 to 1950. Dissertação de Doutoramento. Boston
- Radcliffe-Brown, A. R. & D. Forde. 1982. *Sistemas Políticos Africanos de Parentesco e de Casamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2a edição.
- Radcliffe-Brown, A. R. 1968. *Structure et Fonctions dans la Société Primitive*. Paris: Les Editions Minuit.
- Raimundo, I.M. 2008a. "The Interaction of Gender and Migration: Household relations in rural and urban Mozambique". In E. Uchendu (Ed.), *Masculinities in Contemporary Africa*. Dakar: CODESRIA.
- Raimundo, I. M. 2008. Migration Management: Mozambique's Challenges and Strategies. In *International Migration and National Development in sub-Saharan Africa*. Edited By Aderanti

Adepoju, Ton Van Naerssen and Annelies Zoomers, Brill, Leiden (The Netherlands), PP 91-116.

Raimundo, I.M., 2010. *Gender, Choice and Migration: Household Dynamics and Urbanisation in Mozambique*. Verlag Dr. Muller Aktiengesellschaft & Co. KG, Saarbrücken, Germany.

Raimundo, Inês Macamo. 2013. Migrant laborers, spouses and the spread of HIV/AIDS in rural Mozambique: Why do migrants’ spouses get infected by HIV? In International Migration of Population – Russia and Contemporary World. The effects of migration on areas of destination. MAKC, Moscow. Pp44-76.

Ribeiro, P. A. 1998. *Antropologia: Aspectos Culturais do Povo Changana e Problemática Missionária*. Maputo: Paulinas.

UNIFEM. 2009. *Perfil do Género na Província de Gaza: Distritos de Chibuto e Chicualacuala*. Maputo.

UNFEM. 2011. Mapeamento da representatividade e participação das mulheres e homens nos Conselhos Consultivos Locais em Moçambique- Cabo Delgado, Gaza e Nampula

Verdier, R. 1986. “Civilisations paysannes et traditions juridiques”. In R. Verdier & A. Rochegude (Eds), *Systèmes Fonciers à la Ville et au Village. Afrique noire francophone*. Paris: Editions L’Harmattan.

WLSA. 1999. *A Violência Contra Mulher é um Problema de Todas e de Todos*. Maputo.

Silva, Teresinha. 2003. “Violência Doméstica: Factos e Discursos”. In: B. Santos e J. C. Trindade, *Conflito e Transformação Social: Uma Paisagem das Justiças de Moçambique*. Porto: Edições Afrontamento. Volume 2.

Capítulo 10

O ESTIGMA DA INFECÇÃO PELO HIV E SIDA E A TESTAGEM DO HIV ENTRE OS JOVENS EM MOÇAMBIQUE

Boaventura M. Cau

Introdução

O estigma da infecção pelo HIV refere-se a desconsideração, descrédito e discriminação direccionados às pessoas entendidas como tendo o HIV ou SIDA e aos indivíduos, grupos ou comunidades com os quais estão associados (Herek, 1999). O estigma da infecção pelo HIV é um problema sério em muitos países afectados pelo HIV e constitui uma barreira à prevenção do HIV e SIDA, tratamento e cuidados para as pessoas vivendo com essa doença (Kalichman *et al.*, 2005; Mawar *et al.*, 2005; Genberg *et al.*, 2008; Conselho de Ministros, 2010; Sambisa, Curtis & Misha, 2010). As consequências do estigma da infecção pelo HIV e SIDA incluem a negação de apoio às pessoas infectadas pelo HIV (Mawar *et al.*, 2005), demora na busca de apoio

e ocultação do estado de infecção pelo HIV devido ao medo de rejeição e isolamento (Genberg *et al.*, 2008). O estigma da infecção pelo HIV e SIDA também pode constituir uma barreira para aderir ao aconselhamento e testagem voluntária do HIV (Nyblade & Field-Nguer, 2001; Kalichman & Simbayi, 2003; Sambisa, Curtis & Misha, 2010).

Moçambique é um dos países do mundo seriamente afectados pelo HIV e SIDA. As estimativas do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique – INSIDA 2009, indicaram uma taxa de prevalência de HIV de 11,5%, em adultos, dos 15 aos 49 anos em Moçambique, sendo de 13,1%, nas mulheres, e 9,2%, nos homens (INS, INE & ICF Macro, 2010:5). Em 2012, estimava-se que cerca de 1.600.000 pessoas de todas as idades viviam com o HIV no país (UNAIDS, 2013:A14). Entre os jovens, a situação é preocupante, principalmente para os do sexo feminino. Em 2009 estimava-se que a prevalência do HIV nos jovens dos 15 aos 24 anos em Moçambique era de 11,1% nas mulheres e 3,7% nos homens (INS, INE & ICF Macro, 2010:6).

O estigma da infecção pelo HIV e SIDA em Moçambique é também uma preocupação (Conselho de Ministros, 2010). Entre os indivíduos entrevistados no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique 2011 (IDS 2011), 31% das mulheres e 28% dos homens indicaram que não comprariam hortícolas de um vendedor com SIDA e apenas cerca de 29% das mulheres e cerca de 22% dos homens é que acreditavam que o estado de infecção pelo HIV de um membro da sua família não devia ser mantido em segredo (MISAU, INE & ICFI, 2013). Num estudo sobre o estigma na província da Zambézia, Mukolo e colegas reportaram que havia uma vontade moderada na comunidade para atribuir nomes e excluir as pessoas vivendo com o HIV e SIDA (Mukolo *et al.*, 2014). Ainda na província da Zambézia, um estudo indicou o estigma como uma das barreiras à aderência aos cuidados e tratamentos do HIV e SIDA (Groh *et al.*, 2013). Num outro estudo na cidade da Beira, província de Sofala, as pessoas vivendo com o HIV e SIDA reportaram que havia redução do apoio social associada aos estigma da infecção pelo HIV (Pearson *et al.*, 2009). O Plano Estratégico de Combate ao HIV e SIDA 2010-2014 de Moçambique identifica a discriminação e a estigmatização de certos grupos populacionais como um dos aspectos que influenciam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Conselho de Ministros, 2010).

Contudo, pouco se sabe sobre os factores que concorrem para a existência do estigma na sociedade moçambicana assim como é insuficiente o entendimento de como o estigma afecta a testagem da infecção pelo HIV nos jovens no país.

A testagem de infecção pelo HIV é considerada um elemento fundamental da estratégia de prevenção e redução do HIV (Kalichman & Simbayi, 2003; Conselho de Ministros, 2010) e em Moçambique é uma das áreas prioritárias de acção para a aceleração da prevenção da infecção pelo HIV (Conselho de Ministros, 2010). O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010-2014 indica que o aconselhamento e testagem é “fundamental para a prevenção do HIV e SIDA visto que é uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento.” (Conselho de Ministros, 2010:9). Um estudo realizado no centro de Moçambique constatou que os indivíduos que tinham participado no aconselhamento e testagem da infecção pelo HIV reportaram maior uso de preservativo em relações sexuais do que os indivíduos que não tinham realizado tal aconselhamento e testagem (Mola *et al.*, 2006). Porém, a testagem do HIV em Moçambique ainda continua limitada, principalmente entre os homens. O relatório do IDS 2011 indicou que nos 12 meses anteriores ao inquérito apenas 25,9% de mulheres dos 15 aos 49 anos e 13,3% dos homens dos 15 aos 64 anos tinham feito o teste de HIV e recebido o resultado (MISAU, INE & ICFI, 2013:215-216). Entre os jovens dos 15 aos 24 anos, apenas cerca de 25,7% das mulheres e 11,4% dos homens tinham feito o teste do HIV e recebido o resultado nos 12 meses antecedentes ao inquérito (*idem.*). É pouco sabido até que ponto o estigma da infecção pelo HIV contribui para a baixa testagem do HIV entre os jovens em Moçambique. Embora hajam estudos (*ex.*, Agha, 2012) que avaliaram os factores associados à testagem do HIV em Moçambique, os mesmos não investigaram o papel do estigma da infecção pelo HIV e SIDA.

A redução do estigma da infecção pelo HIV é considerado um passo fundamental no combate da epidemia da infecção pelo HIV (Brown *et al.*, 2001; Campbell *et al.*, 2005). Moçambique deu um passo significativo ao criar uma legislação contra a discriminação e estigmatização associadas ao HIV e SIDA (Lei No. 5/2000 de 5 de Fevereiro, Contra a Discriminação da Pessoa Vivendo com HIV e SIDA no Local de Trabalho; Lei No. 12/2009 de 12 de Março, sobre Direitos e Deveres da Pessoa Vivendo com o HIV e

SIDA). Embora, a legislação seja importante, ela não é suficiente. Estudos internacionais indicam que as manifestações do estigma podem ser subtis e de difícil detecção pelo sistema legal (Campbell *et al.*, 2005). Por isso, o conhecimento dos factores que contribuem para a criação e manutenção do estigma assim como a forma como o estigma afecta a decisão de fazer o teste de infecção pelo HIV é importante para o desenho de programas de intervenção mais efectivos para a redução do estigma da infecção pelo HIV e SIDA nos indivíduos, famílias e comunidades e para fazer declinar a influência adversa do estigma sobre a testagem do HIV.

O objectivo principal do presente estudo é de examinar os factores associados ao estigma relacionado com a infecção pelo HIV e SIDA entre os jovens em Moçambique e avaliar a influência do mesmo na testagem da infecção pelo HIV neste grupo populacional.

Dados e métodos

Dados

Os dados vêm do IDS 2011 (MISAU, INE & ICFI, 2013). A amostra do IDS 2011 é probabilística e representativa ao nível nacional e foi composta em três etapas que envolveram a selecção das unidades primárias de amostragem, a selecção de áreas de enumeração em cada unidade primária de amostragem e a selecção de agregados familiares em cada área de enumeração. O inquérito entrevistou 13.107 mulheres, dos 15 aos 49 anos, e 3.971 homens, dos 15 aos 64 anos (MISAU, INE & ICFI, 2013:294), tendo registado uma taxa de resposta de 98,9%, para as mulheres, e 97,5%, para os homens (MISAU, INE & ICFI, 2013:12-13). Para além de informação sociodemográfica dos entrevistados, o IDS 2011 recolheu informação sobre conhecimentos do HIV e SIDA, prevenção, atitudes, comportamento e experiências de testagem de infecção pelo HIV (MISAU, INE & ICFI, 2013). No IDS 2011, foram entrevistados 1.487 homens, dos 15 aos 24 anos, e 5.274 mulheres, da mesma idade (MISAU, INE & ICFI, 2013:294). Depois de excluir os casos com informação em falta nas medidas usadas neste estudo, as subamostras resultantes foram de 2.796, mulheres jovens e de 996, homens jovens (923 na análise dos factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA).

Medidas

Variáveis dependentes

Para a análise dos factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA, a variável dependente ou de resultado foi “ter ou não algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA”. Três perguntas que revelam atitudes estigmatizantes contra as pessoas vivendo com o HIV e SIDA foram consideradas para a construção da medida do estigma da infecção pelo HIV e SIDA para os jovens:

- (1) “Se soubesse que um vendedor de verduras frescas tem HIV e SIDA, compraria os seus produtos?”;
- (2) “Se uma pessoa da sua família ficasse doente do HIV e SIDA estaria disposto a cuidar dela na sua própria casa?” e,
- (3) “Na sua opinião, se um professor tivesse HIV e SIDA mas não estivesse doente, deveria ser permitido continuar a ensinar na escola?”.

Para cada pergunta, os entrevistados que responderam “não” foram codificados como 1 e os que responderam “sim” 0. As respostas a estas perguntas foram somadas para criar uma escala que varia de 0 a 3. Em seguida, usou-se essa escala para criar uma medida dicotómica do estigma da infecção pelo HIV e SIDA, onde os entrevistados com 0 na escala foram considerados “sem estigma” enquanto aqueles com 1 ou mais foram tidos como tendo “algum grau de estigma” para a infecção pelo HIV e SIDA. A medida do estigma da infecção pelo HIV e SIDA para os jovens foi criada separadamente para mulheres jovens e homens jovens. Esta separação foi feita considerando que o contexto sociocultural muitas vezes afecta de forma diferente os homens e as mulheres. Foi feito um teste de confiança para verificar a compatibilidade e consistência interna dos itens considerados na construção de cada escala. Os valores alfa de Cronbach foram 0,71 para a escala baseada nas jovens, 0,56 na dos jovens. O valor alfa de Cronbach aumenta quando há maior consistência interna entre os itens usados na construção de uma escala. Um valor alfa de Cronbach mais próximo de 1 revela um maior grau de confiança (maior consistência interna entre os itens). A Tabela A10.1, em anexo, mostra os resultados do teste de confiança da escala.

A segunda variável dependente, neste estudo, foi “ter feito ou não um teste de infecção pelo HIV, nos 12 meses anteriores ao inquérito”. Esta variável dependente deriva das seguintes perguntas:

- (1) “Não estou interessada em saber o resultado, mas alguma vez foi testada para verificar se é portadora do vírus do SIDA?” e,
- (2) “Há quantos meses atrás fez o seu teste de HIV e SIDA mais recente?”.

Estas perguntas foram feitas para mulheres e homens. As jovens e os jovens que fizeram um teste de HIV e SIDA, nos 12 meses anteriores ao inquérito, foram codificados como 1 e os que não fizeram como 0.

Variáveis independentes

Diversas variáveis teoricamente plausíveis foram usadas para avaliar os factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA. As variáveis usadas foram a idade, o estado civil, a religião, o nível de escolaridade, a posição da ocupação profissional, a posição de riqueza do agregado familiar, o local de residência, a exposição à mídia, visita a uma unidade sanitária um ano antes do inquérito, a idade da primeira relação sexual, conhecimentos sobre HIV e SIDA, a prática de actividades sexuais de risco, o número de parceiros sexuais ao longo da vida e ter alguma vez feito um teste de HIV e SIDA. A idade tem duas categorias: 15 aos 19 anos (referência) e 20 aos 24 anos. O estado civil também tem duas categorias: unido maritalmente (referência) e não unido maritalmente. As categorias consideradas para medir a religião foram católica (referência), evangélica/pentecostal, protestante, zione/sião, islâmica, outra religião e sem religião. O nível de escolaridade tem três categorias: nenhum, 1 a 7 anos e 8 ou mais anos (referência). A posição da ocupação profissional tem as seguintes categorias: posição profissional elevada (com as seguintes áreas ocupacionais - profissional/técnica/gestão, secretariado, vendas e serviços) e posição profissional baixa (as restantes áreas ocupacionais como por exemplo, a agricultura e o trabalho doméstico). A posição profissional baixa foi considerada como referência. A posição de riqueza do agregado familiar tem três categorias que são baixa (referência), média e elevada. A posição de riqueza do agregado familiar é baseada nos quintis de riqueza dos agregados familiares do IDS 2011

– calculados com base na posse do agregado familiar de bens tais como televisor, bicicleta, materiais usados na construção de habitação, tipo de acesso à água e saneamento (Rutstein & Johnson, 2004).

O local de residência é rural (referência) ou urbano. Em relação à exposição à mídia, os entrevistados que leram jornal ou revista ou escutaram rádio ou assistiram a televisão, pelo menos “de vez em quando” por semana foram codificados como 1 e os que nunca o fizeram como 0 (referência). Os entrevistados que visitaram uma unidade sanitária, nos 12 meses anteriores ao inquérito, foram codificados como 1 e, se não, como 0. Os indivíduos que não visitaram uma unidade sanitária foram considerados como referência. Esta variável só existe para as jovens uma vez que aos jovens não foi perguntado sobre a visita a uma unidade sanitária, nos 12 meses anteriores ao inquérito. A idade da primeira relação sexual tem duas categorias: antes dos 16 anos e aos 16 anos ou depois (referência).

Há três indicadores que foram usados para medir os conhecimentos de HIV e SIDA: saber que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebé [os que sabiam, codificados como 1, e os que não sabiam, como 0 (referência)]; saber que usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV [os que sabiam, codificados como 1, e os que não sabiam, como 0 (referência)]; e, saber que ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV [os que sabiam foram codificados como 1, e os que não sabiam, como 0 (referência)]. Os/as entrevistados/das que tiveram sexo com 1 ou mais parceiras/os que não sejam a esposa/esposo (ou parceiro/a regular), nos 12 meses antecedentes ao inquérito ou aqueles que tiveram uma infecção de transmissão sexual, no mesmo período, foram considerados como tendo actividades sexuais de risco e codificados como 1 e em caso contrário, foram codificados como 0 (referência). O número de parceiros sexuais tidos ao longo da vida - que também expressa actividades sexuais de risco - tem 4 categorias: 1 parceiro (referência), 2 parceiros, 3 parceiros e 4 parceiros ou mais. Finalmente, os que alguma vez tinham feito um teste de HIV foram codificados como 1 e, se não, como 0 (referência).

No que diz respeito à avaliação da influência do estigma da infecção pelo HIV e SIDA na testagem do HIV, a principal variável independente de interesse, neste estudo, é o estigma da infecção pelo HIV e SIDA (definido como foi indicado acima). As variáveis de controlo são: a idade, o estado civil, a religião, o nível de escolaridade, a posição de ocupação profissional, a posição de riqueza

do agregado familiar, o local de residência, a exposição à mídia, visita a uma unidade sanitária um ano antes do inquérito, a idade da primeira relação sexual, conhecimentos sobre HIV e SIDA, a prática de actividades sexuais de risco e o número de parceiros sexuais tidos ao longo da vida. As definições destas variáveis foram apresentadas a cima.

Análise estatística

Para avaliar os factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA empregou-se a regressão logística no Stata versão 11 (StataCorp, 2009). Os modelos foram estimados em separado para mulheres e homens. A regressão logística também foi empregue para estimar o efeito do estigma da infecção pelo HIV e SIDA, na probabilidade de fazer um teste de HIV, controlando por outras variáveis teoricamente plausíveis. Nestas análises, os valores de significância inferiores ou iguais a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Para cada resultado estudado, fez-se primeiro a descrição das características dos participantes e depois a análise multivariada onde se examinou a influência de vários factores correlacionados com o resultado estudado.

Resultados

Factores associados ao estigma da infecção pelo HIV entre as jovens e os jovens

A Tabela 10.1 mostra as características seleccionadas das jovens e dos jovens que fizeram parte deste estudo. A presença de algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA é um pouco maior entre as jovens (28%) do que entre os jovens (26%). Tanto entre as jovens como entre os jovens, é notável um maior nível de estigma de infecção pelo HIV e SIDA entre os com nenhum nível de escolaridade (45%, entre as jovens; 49%, entre os jovens), baixa posição de riqueza do agregado familiar (43%;39%), residência rural (37%;33%) e os que nunca fizeram um teste de HIV (38%;30%). Entre as jovens, em particular, é adicionalmente notável a presença de algum estigma de infecção pelo HIV e SIDA entre as que não sabem que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebé (48%) e as que não sabem que ter um parceiro não infectado, que não tenha outro parceiro, reduz o risco de infecção pelo HIV (48%).

Tabela10.1: Características seleccionadas das jovens e dos jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Mulheres		Homens	
	n	Com algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA	n	Com algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA
Total	2796	28,4	996	25,8
Idade				
15-19 anos	1335	31,6	470	26,8
20-24 anos	1461	25,5	526	5,9
Estado Civil				
Unido	1643	32,1	294	33,7
Não unido	1153	23,2	702	22,5
Religião				
Católica	779	25,5	71	24,0
Evangélica/Pentecostal	535	29,7	154	22,7
Protestante	169	24,3	49	14,3
Zione/Sião	576	27,4	148	27,0
Islão	394	30,5	135	37,0
Outra	110	18,2	30	23,3
Sem religião	233	42,1	184	25,5
Nível de escolaridade				
Nenhum	375	45,3	39	48,7
1-7 anos	1452	34,4	514	34,0
8 anos ou mais	969	13,0	443	14,2
Estatuto de ocupação profissional				
Baixo	2496	30,0	742	26,7
Elevado	300	15,7	254	23,2
Estatuto de riqueza do agregado familiar				
Baixo	695	42,6	257	38,9
Médio	470	33,8	153	20,9
Elevado	1631	20,8	586	21,3
Local de residência				
Rural	1493	37,1	481	33,1
Urbano	1303	18,5	515	19,0

Tabela 10.1. Continuada.

Exposição à mídia				
Não exposto	1138	33,1	218	31,2
Exposto pelo menos 1 vez por semana	1658	25,2	778	24,3
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não	1120	33,6	na	na
Sim	1676	25,0	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 anos ou mais	1380	24,6	531	26,0
Menos de 16 anos	1416	32,1	465	26,0
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebé				
Não	446	48,4	176	26,7
Sim	2350	24,6	820	25,6
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não	904	36,2	126	23,8
Sim	1892	24,7	870	26,1
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não	591	44,7	62	27,4
Sim	2205	24,1	934	25,7
Actividade Sexual de Risco				
Não	1749	32,0	202	36,6
Sim	1047	22,5	794	23,0
Número de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro	1279	29,4	160	31,3
Dois parceiros	782	28,0	170	28,2
Três parceiros	407	23,8	166	28,3
Quatro parceiros ou mais	328	31,4	500	22,4
Alguma vez fez teste de HIV				
Não	1284	37,8	723	30,4
Sim	1512	20,5	273	14,0

Notas: na=não aplicável.

Fonte: IDS 2011.

A Tabela 10.2 indica os resultados da avaliação dos factores associados ao estigma da infecção pelo HIV entre as jovens e os jovens. As primeiras duas colunas referem-se às jovens e as outras duas aos jovens. Entre as jovens observa-se que aquelas com 15 a 19 anos são significativamente mais susceptíveis de possuir algum estigma da infecção pelo HIV do que as com 20 a 24 anos de idade. Em comparação com as jovens pertencentes à denominação católica, aquelas pertencentes às denominações evangélica ou pentecostal, zione e aquelas sem religião significativamente mostram maior probabilidade de ter algum estigma da infecção pelo HIV. Contudo, a diferença entre as jovens pertencentes à denominação zione e as da denominação católica é marginalmente significativa ($p=0,075$). As jovens com 8 anos ou mais de escolaridade, significativamente revelam menor probabilidade de apresentar algum estigma de infecção pelo HIV do que as jovens com níveis de educação inferiores. A Tabela 10.2 reporta ainda que as jovens com elevada posição de ocupação profissional, as jovens de famílias com uma posição de riqueza média ou elevada, as jovens residentes nas áreas urbanas e as jovens que visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito, significativamente apresentam menor probabilidade de possuir algum estigma da infecção pelo HIV do que a sua contraparte.

O grau de conhecimentos sobre o HIV e SIDA também se mostra como um factor importante. Aquelas jovens que sabiam que havia medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de mãe para bebé foram significativamente menos propensas de ter algum estigma da infecção pelo HIV do que a sua contraparte. As jovens que sabiam que ter um parceiro não infectado que não tenha uma outra parceira reduz o risco de infecção pelo HIV, apresentaram significativamente menor probabilidade de possuir algum estigma de infecção pelo HIV do que o grupo de referência. Em comparação com as jovens que tiveram apenas um parceiro sexual na vida, aquelas que tiveram três parceiros e as que tiveram quatro ou mais parceiros foram significativamente mais susceptíveis de possuir algum estigma de infecção pelo HIV.

Tabela 10.2: Factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA entre as jovens e os jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique (Coeficientes não Transformados)

Variável	Mulheres (n=2796)		Homens (n=996)	
	Coeficiente b	Valor do p	Coeficiente b	Valor do p
Idade				
20-24 anos (referência)	1		1	
15-19 anos	0,222	0,012	0,080	0,665
Estado Civil				
Unido (referência)	1		1	
Não unido	0,020	0,873	-0,348	0,147
Religião				
Católica (referência)	1		1	
Evangélica/Pentecostal	0,413	0,001	-0,112	0,655
Protestante	-0,040	0,839	-0,492	0,283
Zione/Sião	0,216	0,075	-0,076	0,762
Islão	-0,066	0,631	0,504	0,037
Outra	0,026	0,916	0,221	0,647
Sem religião	0,480	0,002	-0,128	0,592
Nível de escolaridade				
8 ou mais (referência)	1		1	
Nenhum	0,994	0,000	1,446	0,000
1-7 anos	0,794	0,000	0,868	0,000
Estatuto de ocupação profissional				
Baixo (referência)	1		1	
Elevado	-0,406	0,006	-0,152	0,412
Estatuto de riqueza do agregado familiar				
Baixo (referência)	1		1	
Médio	-0,227	0,054	-0,754	0,003
Elevado	-0,331	0,005	0,121	0,591
Local de residência				
Rural (referência)	1		1	
Urbano	-0,384	0,000	-0,411	0,045
Exposição à mídia				
Não exposto (referência)	1		1	
Exposto pelo menos 1 vez por semana	0,020	0,813	-0,096	0,618

Tabela 10.2. Continuada.

Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não (referência)	1		na	na
Sim	-0,281	0,001	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 anos ou mais (referência)	1		1	
Menos de 16 anos	0,108	0,200	0,016	0,923
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebé				
Não (referência)	1		1	
Sim	-0,564	0,000	0,205	0,329
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referência)	1		1	
Sim	-0,111	0,228	0,365	0,137
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referência)	1		1	
Sim	-0,604	0,000	-0,195	0,551
Actividade Sexual de Risco				
Não (referência)	1		1	
Sim	0,813	0,373	-0,167	0,493
Número de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro (referência)	1		1	
Dois parceiros	0,156	0,118	0,039	0,882
Três parceiros	0,320	0,015	0,069	0,797
Quatro parceiros ou mais	0,695	0,000	-0,271	0,264
Alguma vez fez teste de HIV				
Não (referência)	1		1	
Sim	-0,342	0,000	-0,699	0,001
Interceptor	-0,192	0,354	-1,010	0,060
Logaritmo de Verossimilhança	-1870,162		-511,838	

Nota: na=não aplicável.

Fonte: IDS 2011.

Os resultados entre as mulheres jovens mostraram também que aquelas que alguma vez fizeram um teste de infecção pelo HIV tinham significativamente menos probabilidade de apresentar algum estigma da infecção pelo HIV do que as outras. Os resultados entre os homens jovens têm algumas similaridades com os das mulheres jovens. Tal como entre as mulheres jovens, os jovens com menos de 8 anos de escolaridade significativamente tinham maior probabilidade de ter algum estigma de infecção pelo HIV do que aqueles com 8 ou mais anos de escolaridade. A residência na área urbana e alguma vez ter feito um teste de HIV reduz a probabilidade de ter algum estigma da infecção pelo HIV entre os jovens. Há outras constatações a referir entre os homens. Em comparação com os jovens da denominação católica aqueles pertencentes à religião islâmica são significativamente menos susceptíveis de apresentar algum estigma da infecção pelo HIV. Os jovens de famílias com posição de riqueza média revelam significativamente menos estigma da infecção pelo HIV do que os de famílias com posição de riqueza baixa.

Efeitos do estigma da infecção pelo HIV e SIDA na testagem da infecção pelo HIV entre as jovens e os jovens

A Tabela 10.3 mostra as estatísticas descritivas da avaliação do efeito do estigma da infecção pelo HIV e SIDA na testagem da infecção pelo HIV. Entre os participantes sem algum estigma de infecção pelo HIV e SIDA, 60% das jovens e 29% dos jovens tinham feito um teste de HIV, nos 12 meses anteriores ao inquérito. A proporção dos que tinham feito um teste de HIV entre os participantes com algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA é relativamente baixa, sendo de 39% entre as jovens e 10% entre os jovens. Tanto entre as jovens como entre os jovens, a maior proporção dos que tinham feito algum teste de HIV foi registada na categoria de idade de 20 a 24 anos (65% e 27%, respectivamente). É também de destaque que, a proporção dos que fizeram algum teste de infecção pelo HIV, nos 12 meses anteriores ao inquérito, é maior entre os participantes com mais anos de escolaridade, elevada posição de ocupação profissional, elevada posição de riqueza do agregado familiar e residentes das áreas urbanas.

Tabela 10.3: Características seleccionadas das jovens e dos jovens por teste de infecção pelo HIV, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Mulheres (n=2796)		Homens (n=923)	
	n	Fez um teste de infecção pelo HIV	n	Fez um teste de infecção pelo HIV
Sem algum estigma de infecção pelo HIV e SIDA	2001	60,1	678	28,8
Com algum estigma de infecção pelo HIV e SIDA	795	39,0	245	10,2
Idade				
15-19 anos	1335	41,9	450	15,8
20-24 anos	1461	65,2	473	27,3
Estado civil				
Unido	1643	56,9	259	19,7
Não unido	1153	50,0	664	22,4
Religião				
Católica	779	49,7	276	24,6
Evangélica/Pentecostal	535	57,6	142	21,8
Protestante	169	58,0	43	30,2
Zione/Sião	576	63,2	136	22,1
Islão	394	38,2	131	12,2
Outra	110	72,7	27	33,3
Sem religião	233	53,2	168	19,6
Nível de escolaridade				
Nenhum	375	37,1	37	8,1
1-7 anos	1452	51,9	486	10,7
8 anos ou mais	969	64,0	400	36,3
Estatuto de ocupação profissional				
Baixo	2496	51,2	695	20,1
Elevado	300	78,0	228	26,3
Estatuto de riqueza do agregado familiar				
Baixo	695	36,8	242	7,4
Médio	470	46,0	142	9,2
Elevado	1631	63,8	539	31,4
Local de residência				
Rural	1493	46,8	450	13,1
Urbano	1303	62,5	473	29,8

Tabela 10.3. Continuada.

Exposição à mídia por semana				
Nunca ou menos de uma vez	1138	51,1	202	18,3
Pelo menos uma vez ou mais	1658	56,2	721	22,6
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não	1120	38,0	na	na
Sim	1676	64,8	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 ou mais anos	1380	58,6	482	22,2
Menos de 16 anos	1416	49,7	441	21,1
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebé				
Não	446	26,5	165	18,2
Sim	2350	59,3	758	22,4
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as pelo HIV				
Não	904	53,2	120	17,5
Sim	1892	54,5	803	22,3
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não	591	50,1	60	23,3
Sim	2205	55,1	863	21,6
Actividade Sexual de Risco				
Não	1749	58,1	182	17,8
Sim	1047	47,3	741	22,7
Número de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro	1279	45,8	151	10,6
Dois parceiros	782	57,9	156	19,9
Três parceiros	407	38,6	155	21,3
Quatro parceiros ou mais	328	61,9	461	26,0

Nota: na = não aplicável.

Fonte: IDS 2011.

A Tabela 10.4 apresenta os resultados do efeito do estigma da infecção pelo HIV e SIDA, na testagem de infecção pelo HIV, entre mulheres e homens. Entre as jovens, o estigma da infecção pelo HIV e SIDA é negativamente associado à testagem da infecção pelo vírus do HIV controlando por outros factores. A probabilidade (razão de probabilidades) de fazer um teste de HIV entre as jovens com algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA reduz em cerca de 42% em comparação com as jovens sem algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA [$\exp(b)=0,58$; $1-0,58=42$].

Tabela 10.4: Associação entre o estigma da infecção pelo HIV e SIDA e a testagem da infecção pelo HIV entre as jovens e os jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Variável	Mulheres (n=2796)		Homens (n=923)	
	Coefficiente b	Valor do p	Coefficiente b	Valor do p
Estigma do HIV/SIDA				
Sem Estigma (referência)	1		1	
Algum estigma	-0,549	0,000	-0,723	0,004
Idade				
20-24 anos (referência)	1		1	
15-19 anos	-0,658	0,000	-0,518	0,013
Estado Civil				
Unido (referência)	1		1	
Não unido	-0,066	0,638	-0,154	0,569
Religião				
Católica (referência)	1		1	
Evangélica/Pentecostal	0,360	0,006	-0,193	0,480
Protestante	0,422	0,034	-0,067	0,868
Zione/Sião	0,562	0,000	0,024	0,932
Islão	-0,287	0,049	-0,613	0,063
Outra	0,754	0,004	0,133	0,778
Sem religião	0,342	0,051	-0,130	0,636
Nível de escolaridade				
8 anos ou mais (referência)	1		1	
Nenhum	-0,654	0,000	-1,134	0,087
1-7 anos	-0,300	0,012	-1,120	0,000
Estatuto de ocupação profissional				
Baixo (referência)	1		1	
Elevado	0,712	0,000	0,086	0,680
Estatuto de riqueza do agregado familiar				
Baixo (referência)	1		1	
Médio	0,217	0,116	-0,039	0,921
Elevado	0,757	0,000	1,243	0,000

Tabela 10.4. Continuada.

Local de residência				
Rural (referência)	1		1	
Urbano	0,134	0,253	-0,066	0,779
Exposição à mídia por semana				
Nunca ou menos de uma vez (referência)	1		1	
Pelo menos uma vez ou mais	-0,058	0,549	-0,290	0,227
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não (referência)	1		na	na
Sim	0,945	0,000	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 ou mais anos (referência)	1		1	
Menos de 16 anos	-0,121	0,192	0,063	0,735
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebé				
Não (referência)	1		1	
Sim	1,046	0,000	0,010	0,968
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referência)	1		1	
Sim	-0,062	0,553	0,248	0,396
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referência)	1		1	
Sim	-0,145	0,226	-0,045	0,901
Actividade Sexual de Risco				
Não (referência)	1		1	
Sim	-0,894	0,000	-0,097	0,745
Número de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro (referência)	1		1	
Dois parceiros	0,460	0,000	0,473	0,194
Três parceiros	0,601	0,000	0,585	0,109
Quatro parceiros ou mais	0,404	0,008	0,737	0,025
Interceptor	-1,028	0,000	-1,494	0,032
Logaritmo de Verossimilhança	-1540,017		-400,952	

Nota: na=não aplicável.

Fonte: IDS 2011.

O modelo das jovens revela outras constatações notáveis. As jovens de 15 a 19 anos têm uma probabilidade de fazer um teste de HIV significativamente reduzida em comparação com as de 20 a 24 anos. A afiliação religiosa das jovens tem uma associação significativa com a testagem da infecção pelo HIV. Por exemplo, em comparação com as jovens católicas, as jovens pertencentes às denominações evangélica ou pentecostal, protestante e zione apresentam uma probabilidade de fazer um teste de HIV elevada, tomando em consideração outros factores, no modelo. Em comparação com as jovens com 8 anos ou mais de educação, as que têm menos de 8 anos de educação apresentam uma probabilidade de fazer o teste de HIV significativamente reduzida. Uma posição de ocupação profissional elevada e uma posição de riqueza do agregado familiar elevada têm significativamente um efeito positivo na testagem da infecção pelo HIV. As jovens que visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito, e as que sabem que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé apresentam uma probabilidade de fazer um teste de HIV significativamente superior do que o grupo de referência. Outra constatação interessante, as jovens com actividades sexuais de risco possuem uma probabilidade de fazer um teste de HIV baixa em comparação com a sua contraparte. É também interessante que as que tiveram dois parceiros sexuais ou mais ao longo da vida apresentam uma probabilidade de fazer um teste de HIV elevada em comparação com aquelas que apenas tiveram um parceiro sexual ao longo da vida.

Entre os homens, o estigma da infecção pelo HIV e SIDA tem igualmente um efeito negativo na testagem de infecção pelo HIV (Tabela 10.4, Colunas 3 e 4). Em comparação com aqueles sem algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA, os jovens com algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA possuem uma probabilidade de ter feito um teste de HIV nos 12 meses anteriores ao inquérito que é significativamente reduzida em 51%, tomando em consideração outros factores. Tal como entre as jovens, os jovens com 15 a 19 anos apresentam uma probabilidade de fazer um teste de HIV mais baixa em comparação com os dos 20 a 24 anos. Com a excepção dos jovens pertencentes à religião islâmica, não há diferenças significativas entre os jovens de acordo com a afiliação religiosa. À semelhança do observado entre as jovens, um baixo nível de educação entre os jovens tem um efeito negativo sobre a testagem de infecção pelo HIV. Os homens cujas famílias possuem uma posição de riqueza elevada apresentam maior probabilidade de fazer um teste de infecção pelo vírus do HIV do que

os das famílias de baixa posição de riqueza. A diferença entre estes dois grupos é estatisticamente significativa. Uma outra constatação interessante, apenas os homens com 4 ou mais parceiros sexuais ao longo da vida é que exibem uma probabilidade de fazer um teste de HIV significativamente mais elevada em comparação com aqueles com um parceiro sexual na vida.

Discussão e conclusões

Primeiro, apresentamos a discussão e as conclusões referentes à análise dos factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA. Em seguida, apresentamos as referentes à análise da relação entre o estigma da infecção pelo HIV e SIDA e a testagem da infecção pelo vírus da SIDA.

Em relação aos factores associados ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA

Os resultados deste estudo revelam que os jovens (homens e mulheres) mais escolarizados, os jovens com elevada posição de ocupação profissional, assim como os jovens de agregados familiares com uma posição de riqueza média e elevada apresentam menos probabilidade de possuir algum estigma da infecção pelo HIV e SIDA. Os jovens residentes nas áreas urbanas, os que visitaram uma unidade sanitária, nos 12 meses anteriores ao inquérito (apenas as jovens), assim como os que alguma vez fizeram um teste de infecção pelo HIV igualmente apresentam menor probabilidade de ter atitudes discriminatórias em relação às pessoas vivendo com o HIV e SIDA. Algumas destas constatações são consistentes com estudos anteriores realizados em outros países que mostraram que as pessoas mais escolarizadas e aquelas com mais conhecimentos sobre o HIV e SIDA têm menos estigma da infecção pelo HIV e SIDA (Girma *et al.*, 2013; Ulasi *et al.*, 2009).

O elemento central que explica estas associações pode ser o acesso à informação não discriminatória em relação às pessoas com o HIV e SIDA. Os jovens mais escolarizados podem estar em melhor posição de ler e ouvir mensagens informativas e iluminantes em relação à ignorância existente sobre o HIV e as pessoas vivendo com o HIV e SIDA. Os que visitaram uma unidade sanitária, nos 12 meses anteriores ao inquérito, assim como os que alguma vez fizeram um teste de HIV podem ter sido aconselhados sobre o HIV e SIDA e informados sobre as vantagens de não discriminar as pessoas vivendo com o HIV e SIDA. Os jovens com uma posição profissional elevada e os dos

agregados familiares com o nível de riqueza médio e elevado podem ter maior possibilidade de possuir diversificados meios de informação sobre a saúde, ter maior acesso às unidades sanitárias onde se divulga informação sobre HIV e SIDA e possuírem redes mais alargadas de informação sobre a saúde.

Em geral, as constatações sobre a análise dos factores associados ao estigma do HIV e SIDA sugerem a necessidade de reforçar as acções contra a discriminação das pessoas vivendo com o HIV e SIDA. O maior enfoque desses esforços deveria estar orientado aos grupos menos favorecidos, quer sejam o grupo dos menos escolarizados, dos que têm menos acesso às unidades sanitárias como dos residentes nas áreas rurais e dos que são de famílias pobres.

Em relação ao estigma da infecção pelo HIV e SIDA e a testagem de infecção pelo HIV

Este estudo também examinou a influência que o estigma da infecção pelo HIV e SIDA tem sobre a testagem de infecção pelo HIV. O mesmo demonstra que ter algum estigma da infecção pelo HIV reduz significativamente a probabilidade de fazer o teste de HIV, em 42%, para as mulheres e, em 51%, para os homens, ajustando por outros factores. Em países com elevada taxa de prevalência de HIV, foi recomendada a expansão da testagem de infecção pelo HIV de modo a ligar as pessoas infectadas aos cuidados e tratamento (Venkatesh *et al.*, 2011; Dodd *et al.*, 2010; Granich *et al.*, 2010). A Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV em Moçambique também define a testagem como uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial (Conselho de Ministros, 2010). A efectivação do papel da testagem da infecção pelo HIV nos esforços de combate à epidemia de HIV e SIDA em Moçambique pode resultar em insucesso entre os jovens, se estes continuarem com atitudes estigmatizantes em relação às pessoas vivendo com o HIV e SIDA.

Este estudo também constatou que a influência do estigma na testagem da infecção pelo HIV varia de acordo as características das jovens e dos jovens. Os jovens de 15 aos 19 anos, com baixa educação escolar e de famílias com baixa posição de riqueza têm significativamente menos probabilidade de fazer um teste de HIV do que o grupo de referência. Um estudo anterior (Agha, 2012) argumentou que a falta de recursos financeiro ao nível do agregado familiar era a maior barreira à testagem de HIV em Moçambique, sobretudo

porque as unidades sanitárias ficam distantes e os custos de transporte limitam o uso dos serviços de saúde.

No presente estudo, as constatações oferecem a evidência da necessidade de reduzir o medo e a ignorância sobre as pessoas vivendo com o HIV e SIDA existente entre as jovens e os jovens para elevar a testagem da infecção pelo HIV, neste grupo populacional em Moçambique. As constatações também mostram a necessidade de orientar as acções de redução do estigma entre as jovens e os jovens para o subgrupo dos mais novos, dos que têm baixa escolaridade e dos de famílias de nível de riqueza baixo.

Referências bibliográficas

- Agha, S. 2012. “Factors associated with HIV testing and condom use in Mozambique: implications for programs”. *Reproductive Health*. 9(20):1-9.
- Campbell, C., C.A. Foulis, S. Maimane & Z. Sibiya. 2005. “I have an evil child at my house”: HIV/AIDS management in a South African community. *American Journal of Public Health*. 95(5):808-815.
- Conselho de Ministros. 2010. *Plano Estratégico nacional de resposta ao HIV e SIDA 2010-2014*. Maputo: Conselho de Ministros.
- Dodd, P., G.P. Garnett & T.B. Hallett. 2010. “Examining the promise of HIV elimination by ‘test and treat’ in hyperendemic settings”. *AIDS*. 24(5):729–735.
- Genberg, B.L., S. Kawichai, A. Chingono, M. Sendah, S. Chariyalertsak, K.A. Konda & D.D. Celentano. 2008. “Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries”. *AIDS Behavior*. 12(5):772-780.
- Girma, E., L.A. Gebretsadik, M.R. Kaufman, R.N. Rimal, S.N. Morankar & R.J. Limaye. 2013. “Stigma against people with HIV/AIDS in rural Ethiopia: signs and predictors of improvement”. *AIDS Behavior* (DOI 10.1007/s10461-013-0611-0).

- Groh, K., C.M. Audet, A. Baptista, M. Sidat, A. Vergara, S.H. Vermund & T.D. Moon. 2013. "Barriers to antiretroviral therapy adherence in rural Mozambique". *BMC Public Health*. 11:650
- Granich, R., S. Crowley, M. Vitoria, Y.R. Lo, Y. Souteyrand, C. Dye, C. Gilks, T. Guerma, K.M. De Cock & B. Williams. 2010. "Highly active antiretroviral treatment for the prevention of HIV transmission". *Journal of the International AIDS Society*. 12(13):1-8.
- Herek, G.M. 1999. "AIDS and stigma". *American Behavioral Scientist*. 42(7):1106-1116.
- INS [Instituto Nacional de Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICF Macro. 2010. Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.
- Kalichman, S.C. & L.C. Simbayi 2003. "HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa". *Sexually Transmitted Infections*. 79:442-447.
- Kalichman, S.C., L.C. Simbayi, S. Jooste, Y. Toefy, D. Cain, C. Cherry & A. Kagee. 2005. "Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa". *AIDS and Behavior*. 9(2):135-143.
- Mawar, N., S. Sahay, A. Pandit & U. Mahajan. 2005. "The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS". *Indian Journal of Medical Research*. 122:471-484.
- MISAU [Ministério da Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICFI (ICF International). 2013. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- Mola, O.D., M.A. Mercer, R.J. Asghar, K.H. Gimbel-Sherr, S. Gimbel-Sherr, M.A. Micek & S.S. Gloyd. 2006. "Condom use after voluntary counselling and testing in Central Mozambique". *Tropical Medicine and International Health*. 11(2):176-181.

- Mukolo, A; M. Blevins, N. Hinton, B. Victor, L.M.E. Vaz, M. Sidat & A.E. Vergara. 2014. "Negative labeling and social exclusion of people living with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in the antiretroviral therapy era: insight from attitudes and behavioral intentions of female heads of households in Zambézia Province, Mozambique. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*. 26(7):821-826.
- Nyblade, L. & M.L. Field-Nguer. 2001. *Women, Communities, And The Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Issues And Findings From Community Research in Botswana And Zambia*. International Center for Research on Women, The Population Council.
- Pearson, C.R.; M.A. Micek, J. Pfeiffer, P. Montoya, E. Matediane, T. Jonasse, A. Cunguara, D. Rao & S.S. Gloyd. 2009. "One year after ART initiation: psychosocial factors associated with stigma among HIV-positive Mozambicans". *AIDS Behavior*. 13(6):1189-1196.
- Rutstein, S.O. & K. Johnson. 2004. The DHS wealth index. The DHS Comparative Report no. 6. Calverton, MD: ORC Macro.
- Sambisa, W., S. Curtis & V. Mishra. 2010. "AIDS stigma as an obstacle to uptake of HIV testing: evidence from a Zimbabwean national population based survey". *AIDS Care*. 22(2):170-186.
- Ulas, C.I., P.O. Preko, J.A. Baidoo, B. Bayard, J.E. Ehiri, C.M. Jolly & P.E. Jolly. 2009. "HIV/AIDS-related stigma in Kumasi, Ghana." *Health Place*. 15(1) 255-262.
- UNAIDS [Joint United Nations Programme on HIV/AIDS]. 2013. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*. UNAIDS.
- Venkatesh, K.K., P. Madiba, G. de Bruyn, M.N. Lurie, T.J. Coates & G.E. Gray. 2011. "Who gets tested for HIV in a South African township? Implications for test and treat and gender-based prevention interventions". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 56(2):151-165.

ANEXO

Tabela A10.1: Consistência interna dos itens usados para criar a escala do estigma da infecção pelo HIV e SIDA, jovens, Inquérito Demográfico e de Saúde 2011, Moçambique

Item do estigma de infecção pelo HIV e SIDA	Mulheres		Homens	
	Correlação do item ao total	Alfa de Cronbach	Correlação do item ao total	Alfa de Cronbach
Se soubesse que um vendedor de verduras frescas tem HIV/SIDA, compraria os seus produtos?	0,514	0,630	0,384	0,424
Se uma pessoa da sua família ficasse doente do HIV/SIDA estaria disposto a cuidar dela na sua própria casa?	0,514	0,631	0,292	0,567
Na sua opinião, se um professor tivesse HIV/SIDA mas não estivesse doente, deveria ser permitido continuar a ensinar na escola?	0,546	0,597	0,426	0,365
Coefficiente de confiança da escala		0,709		0,557

Fonte: IDS 2011.



Autores

Abdulai Dade
Ana Jacinto
Baltazar Chitundo
Boaventura Cau
Carlos Arnaldo
Elsa Maria Langa
Esmeralda Mariano
Inês M. Raimundo
José Raimundo
Mónica Frederico
Ramos Muanamoha
Sandra Gonçalves

Este livro do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA) faz parte da série de publicações sobre questões de população e saúde em Moçambique cujo objectivo é contribuir para o conhecimento das dinâmicas de população e saúde, relevantes para o desenho e implementação de programas e políticas públicas nas áreas de população e saúde, bem como no processo de formação superior nestas áreas. Este livro é o segundo da colecção “População e Saúde” e é dedicado aos assuntos demográficos e de saúde de adolescentes e jovens.

Apoio financeiro:



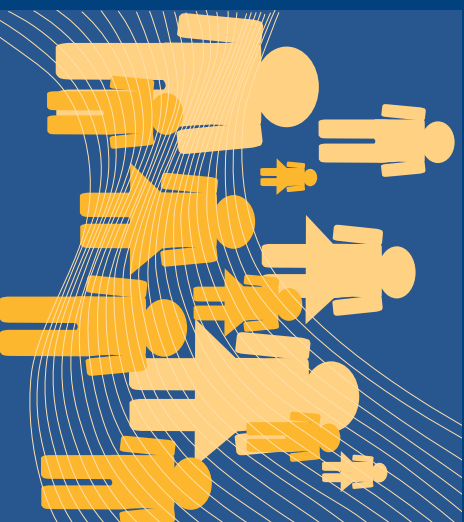
www.cepsamo.org



Boaventura M. Cau
Carlos Arnaldo

CEPSA Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde

Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde



Organização

Boaventura M. Cau | Carlos Arnaldo



O CEPS é instituição comprometida com a promoção do bem-estar dos moçambicanos através da realiação da pesquisa relevante para a formulação e implementação de políticas e programas de população e saúde pública e apresentação de resultados de pesquisas em material facilmente consumível pelos fazedores de políticas (*policy makers*) e implementadores de programas.

Visão

Ser um centro de excelência na produção de conhecimento científico aplicado ao melhoramento das políticas de saúde e bem-estar da população.

Missão

Construir capacidades e empoderar comunidades para a promoção do direito à saúde através de acções combinadas de pesquisa, advocacia, monitoria e avaliação.

Valores

Excelência, transparência e ética
Independência
Igualdade de direitos e de género
Inovação