

FRANCISCO ARMINDO ZINHAME CHICAMISSE

**JUVENTUDE(S) E AIDS EM MOÇAMBIQUE: um estudo qualitativo no distrito de
Nhamatanda**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.

**SÃO PAULO
2013**

FRANCISCO ARMINDO ZINHAME CHICAMISSE

**JUVENTUDE(S) E AIDS EM MOÇAMBIQUE: um estudo qualitativo no distrito de
Nhamatanda**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo
Gomes Pereira

**SÃO PAULO
2013**

Chicamisse, Francisco Armindo Zinhamé

Juventude(s) e AIDS em Moçambique: um estudo qualitativo no distrito de Nhamatanda

Francisco Armindo Zinhamé Chicamisse. – São Paulo, 2013.
xviii, 185f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Youth(s) and Aids in Mozambique: a qualitative study in the district of Nhamatanda

1. Jovens (15-24anos); 2. HIV/AIDS; 3. Vulnerabilidade; 4. Programa Geração Biz; 5. Prevenção do HIV.

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva

Chefe do Departamento:

Prof^a. Dr^a. Rebeca de Souza e Silva

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva:

Prof^a. Dr^a. Suely Godoy Agostinho Gimeno

Francisco Armindo Zinhamé Chicamisse

**JUVENTUDE(S) E AIDS EM MOÇAMBIQUE: um estudo qualitativo no distrito de
Nhamatanda**

Presidente da banca:

Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Wilza Vieira Villela

Prof. Dr. Luiz Henrique Passador

Prof. Dr. Paulo Artur Malvasi

Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno

DEDICATÓRIA

*À família **CHICAMISSE**.
Juntos continuamos nessa **LUTA**, hoje estamos nesta **DISSERTAÇÃO**, amanhã estaremos ainda mais **UNIDOS**
nesta **VIDA**.*

AGRADECIMENTOS

Foram tantos os que contribuíram para a minha formação que não cabem neste simples papel, mas estarão todos vocês eternamente na minha mente.

Em primeiro agradeço a Deus por me ter iluminado e, em segundo, ao meu Pai e a minha Mãe, Armindo Chicamisse e Justina Manuel, por continuarem mostrando-me o caminho para a Escola.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira, que me concedeu o privilégio de ser seu orientando e que de forma incansável tudo fez para que esta Dissertação se tornasse uma realidade. Ao Pedro Paulo estarei eternamente grato.

A FUNDAÇÃO FORD por ter concedido a Bolsa de Estudo que me permitiu cursar a pós-graduação ao nível do Mestrado na UNIFESP, Brasil. O meu muito obrigado a Dr^a Célia Diniz, ao Prof. Dr. Mouzinho Mário, a Sr^a Nilofar Manilal, a Sr^a Maria Blandina Barbosa e os demais integrantes do The Africa-America Institute (AAI).

A todos que interagiram comigo durante o trabalho de campo: os/as jovens do distrito, os/as integrantes do Programa Geração Biz, os/as alunos/as da Escola Secundária Geral de Nhamatanda, os/as funcionários/as da Administração do Distrito e dos Serviços Distritais, etc. Sem vocês esta Dissertação não teria se materializado.

Aos meus irmãos/ãs: Jaime, Manuel, Luisa, Rosa e Paica. Obrigado por fazerem parte da minha existência e se inspirarem em mim.

A Kátia Mariza por todo apoio, carinho e muito amor. Você me escangalha.

A todos/as os/as Professores/as, funcionários/as e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), meu muito obrigado por tudo.

A Sandra Fagundes, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, obrigado por todo apoio prestado durante os dois anos de formação.

A Michelle Ilges Cirne pelo desvelo e pelas palavras motivadoras.

Aos meus patrícios nas terras brasileiras: Carlos Subuhana, Lídia Monjane, Papucides Ntela, Emanuel Meque, Joaquim Maloa, José Braz Chidassícu, Aida Binze, Laura Mendes, Lúcia Omar, Vitória Simão, Lina Buque, Vicente Manjate, Anibal Muchimbane, e os demais, obrigado pela camaradagem.

A todos/as que direta ou indiretamente contribuíram para a materialização desta Dissertação, fica o meu agradecimento sincero e eterno.

SUMÁRIO

Dedicatória	vi
Agradecimentos	vii
Lista de Mapas	x
Lista de Tabelas	xi
Lista de Figuras	xii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xiv
Lista de Anexos	xvi
Resumo	xvii
Abstract	xviii

INTRODUÇÃO	1
-------------------	----------

1. METODOLOGIA	8
1.1. Aspectos Éticos	15
2. MOÇAMBIQUE: características gerais	16
2.1. Caracterização do Sistema Nacional de Saúde	24
2.1.1. Serviço Nacional de Saúde (SNS)	24
2.2. Estado de Saúde da População Moçambicana	28
3. A EPIDEMIA DO HIV/AIDS VISTA DO GLOBAL AO LOCAL	34
3.1. Panorama Mundial e Regional	34
3.2. Cenário Epidemiológico do HIV/AIDS em Moçambique	37
3.3. Situação do HIV/AIDS entre os Jovens	41
4. CARACTERIZANDO A UNIDADE ESPACIAL DE ANÁLISE: DISTRITO DE NHAMATANDA	45
4.1. Características Gerais	45
4.2. Sistema de Saúde do Distrito	60
4.3. Estado de Saúde da População	61
4.3.1. Prevalência do HIV/AIDS	63
5. RESPOSTAS FRENTE À EPIDEMIA DO HIV/AIDS	68
5.1. Coordenação da Resposta Governamental: desfasamento entre o nível nacional e o âmbito local	68
5.1.1. Âmbito Nacional: Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA	68
5.1.2. Âmbito Provincial: Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA	71
5.1.3. Âmbito Distrital: Núcleo Distrital de Combate ao HIV/SIDA	72
5.2. Respostas das Organizações da Sociedade Civil	77
5.2.1. O Alcance e os Limites da Resposta no Distrito de Nhamatanda	82
6. AÇÕES DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS VOLTADAS PARA OS JOVENS	92
6.1. Programa Geração Biz	92
6.1.1. Metas e Objetivos	93
6.1.2. Redução da Vulnerabilidade	93
6.2. Lenta Expansão do Programa <i>versus</i> Rápida Disseminação da Epidemia	95
6.3. Financiamento ao PGB: um programa multissetorial sem posse nacional	97

6.4.	Enfrentando a Epidemia no Âmbito do PGB	101
6.4.1.	Educação: trabalhando com adolescentes e jovens dentro da escola	101
6.4.2.	Saúde: atendendo adolescentes e jovens usuários dos serviços de saúde	112
6.4.3.	Juventude e Desportos: procurando adolescentes e jovens fora da escola (comunidade)	118
7.	RELATANDO ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DE CAMPO	122
7.1.	Relatando Uma Palestra dos Educadores Pares de Base Escolar	122
7.2.	Relatando Uma Campanha de Sensibilização Realizada pelos Técnicos do SAAJ	136
8.	NOTAS FINAIS	148
9.	ANEXOS	151
10.	REFERÊNCIAS	156

LISTA DE MAPAS

Mapa 01:	Localização e Divisão Administrativa de Moçambique	16
Mapa 02:	Distrito de Nhamatanda	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	Evolução das Taxas de Prevalência do HIV/AIDS em Moçambique (2001-2009)	39
Tabela 02:	Evolução das Taxas de Prevalência do HIV/AIDS no Distrito de Nhamatanda (2001-2007)	64
Tabela 03:	Organizações Não Governamentais Existentes no Distrito de Nhamatanda	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Fachada da Igreja Católica construída no tempo colonial, em 1920	46
Figura 02:	Mesa usada no tempo colonial existente na Estação de Caminhos de Ferro de Nhamatanda	46
Figura 03:	Ponte sobre o rio Nhamatanda	47
Figura 04:	Fachada de uma moradia construída com barro, pedras e bambús no distrito de Nhamatanda	50
Figura 05:	Parte Lateral de uma moradia construída de barro, bambú e caniço, e o respectivo sanitário de caniço ao lado.	51
Figura 06:	População do distrito buscando água em uma fontanária	52
Figura 07:	População do distrito buscando água e satisfazendo outras necessidades no rio Metuchira	52
Figura 08:	Um dos blocos de sala de aulas da Escola Secundária Geral de Nhamatanda	53
Figura 09:	Jovem vendedor informal na Estrada Nacional Nº 6 no distrito de Nhamatanda	57
Figura 10:	Parte das atividades do comércio informal na Estrada Nacional Nº 6	57
Figura 11:	Parte da população do distrito no Parque Infantil de Nhamatanda recebendo redes mosquiteiras no âmbito de uma Campanha contra a Malária	62
Figura 12:	O Investigador e um Grupo de Educadores Pares ou Ativistas após uma palestra do Programa Geração Biz (PGB)	103
Figura 13:	Ativistas ou Educadores Pares do PGB atuando numa palestra sobre “Gravidez Indesejada”	107
Figura 14:	Ativistas ou Educadores Pares do PGB atuando numa palestra sobre “Sexo Transaccional e Intergeracional”	107
Figura 15:	Propaganda sobre a prevenção do HIV/AIDS pintada num dos edifícios em fase final de construção na ESG de Nhamatanda (ESGN)	110
Figura 16:	Propaganda sobre a vulnerabilidade de todos ao HIV/AIDS pintadas num dos edifícios em fase final de construção na ESGN	110
Figura 17:	Porta de entrada do Serviço Amigo dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) no Hospital Rural de Nhamatanda (HRN)	113
Figura 18:	Porta de entrada do Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) no	

	HRN	113
Figura 19:	Fachada do Centro de Entretenimento dos Jovens da Organização da Juventude Moçambicana (OJM) de Nhamatanda	119
Figura 20:	Tema de uma Palestra do PGB de Base Escolar na ESGN	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS/SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
ARASA	Aliança do SIDA e Direitos para a África Austral
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
COV	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CPN	Consulta Pré Natal
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DTS	Doença de Transmissão Sexual
ESGN	Escola Secundária Geral de Nhamatanda
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GDN	Governo do Distrito de Nhamatanda
GPS	Governo da Província de Sofala
GTM	Grupo Técnico Multissetorial de Apoio a Luta contra HIV/SIDA em Moçambique
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HRN	Hospital Rural de Nhamatanda
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
MT	Meticaís
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PGB	Programa Geração Biz
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS	Posto Sentinela
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RENAMO	Resistência Nacional de Moçambique
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde Mulher e Ação Social
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica

SNS	Serviço Nacional de Saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNAIDS/ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas contra o HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
VE	Vigilância Epidemiológica

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	152
ANEXO 02:	Anúncio de Solicitação de Propostas do PEPFAR (Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA).	154
ANEXO 03:	Ficha de Atividades Face a Face do Ativista do Programa Geração Biz.	155

RESUMO

O presente estudo pretende compreender como são desenvolvidas as ações de prevenção do HIV do Programa Geração Biz (PGB) direcionadas aos jovens dos 15-24 anos e, dessa forma buscar a compreensão da possível vulnerabilidade destes a infecção pelo HIV no distrito de Nhamatanda em Moçambique. Para o alcance deste desiderato baseei-me numa abordagem qualitativa, embasada no método etnográfico. No processo de coleta de dados privilegiei a observação participante, complementada por entrevistas semi-estruturadas e uma extensiva pesquisa bibliográfica.

No distrito de Nhamatanda os jovens dos 15-24 anos constituem um dos segmentos populacionais mais afetados pelo HIV/AIDS, com uma taxa de prevalência estimada em 30,5% no ano de 2007, sendo por isso considerado um dos grupos mais vulneráveis a infecção pelo HIV. As ações de prevenção do HIV voltadas para este grupo são desenvolvidas pelo PGB, através das suas três componentes: escolar, comunitária e clínica. Entretanto, estas ações ainda estão assentadas na premissa de que a simples transmissão de informação implica na mudança de comportamentos dos jovens. Ademais, as ações de prevenção acabam tendo por vezes um carácter setorial e descontínuo, o que não permite o alcance de resultados mais duradouros no âmbito da prevenção do HIV.

Os resultados deste estudo sugerem que as ações de prevenção do HIV ainda não se têm traduzido na redução considerável da referida vulnerabilidade dos jovens (15-24) a infecção pelo HIV neste distrito. Estas ações colocam por vezes os jovens em situações de maior suscetibilidade a infecção pelo HIV. Portanto, há uma necessidade de se repensar no modo como estas ações têm sido operacionalizadas, reelaborar os modelos pedagógicos que as norteiam e adequar os conteúdos semânticos das mensagens em função dos diferentes contextos socioculturais em que a epidemia se espraia.

Palavras chaves: Jovens (15-24); HIV/AIDS; Vulnerabilidade; Programa Geração Biz; Prevenção do HIV.

ABSTRACT

This study intends to understand how the Geração Biz Programme (PGB) acts to prevent the HIV/AIDS in young people, between 15 and 24 years old. It is going also discuss the vulnerability of HIV infection in Nhamatanda district, in Mozambique. The study used a qualitative approach based on ethnographic method to achieve its goals. The data were collected through participant observation, followed by semi-structured interviews and finally did an extensive bibliographic review.

In the Nhamatanda district, the young people between 15 and 24 years old are the population group more infected by the HIV, in 2007 the prevalence rate was around 30,5 per cent, which put them at the top of the most HIV/AIDS vulnerable group. The PGB has been developing actions to prevent HIV/AIDS in this group of people through three main components: in-school interventions, community-based outreach and clinical youth-friendly health services (IFHS). However, the PGB actions are unable to change youth health risk behaviour because it still remains in a simply information delivering. Furthermore, sometime they end up as sectorial and discontinuing actions, which result in the short term goals of HIV prevention.

In conclusion, in Nhamatanda district, the PGB actions to prevent the HIV/AIDS are still behind the expected rate. This study recommends some modifications in the program approaches. Changing in the actions, pedagogic model and sociocultural context can be revised and updated to generate positive perceived benefits against HIV/AIDS in young people.

Key words: Young people (15-24); HIV/AIDS; Vulnerability; Geração Biz Programme; HIV Prevention.

INTRODUÇÃO

O HIV/AIDS é um dos mais graves problemas de saúde pública mundial, e, na atualidade, existem mais de 30 milhões de pessoas vivendo com a infecção viral (PINHO e PEREIRA, 2012). Esta doença emergiu como um dos acontecimentos mais cruciais do século XX, tendo suscitado uma demanda social por respostas efetivas, mesmo que incompletas (MARQUES, 2003).

Atualmente a epidemia do HIV/AIDS atinge com maior severidade os países da África subsaariana, sendo nesta região onde se registraram 69% de todas as novas infecções (UNAIDS, 2010). Dentre os países da África subsaariana, Moçambique constitui um dos mais afetados pela epidemia com uma prevalência estimada em 13,1% entre as mulheres e, 9,2% entre os homens (INE e MISAU, 2010).

No contexto moçambicano os jovens dos 15-24¹ anos constituem um dos grupos etários mais afetados pela epidemia. Este segmento populacional com idades compreendidas entre os 15-24 anos correspondem a 20% da população moçambicana (INE, 2009), e a prevalência nacional entre estes foi estimada em 11,1% entre as mulheres e, 3,7% entre os homens no ano de 2009 (INE e MISAU, 2010).

Este diferencial entre homens e mulheres jovens torna-se ainda mais significativo em determinadas partes do país, como são os casos das províncias de Sofala e Gaza, onde a prevalência entre as mulheres chega a ser cinco ou seis vezes maior que a dos homens.

No entendimento do CNCS (2010), este alto nível de soroprevalência entre os/as jovens sugere que estes já estão mantendo relações sexuais² e, como a maioria dos jovens terá iniciado a sua atividade sexual muito recentemente, a prevalência neste grupo etário representa a ocorrência de infecções recentes.

Para Andrade e Silva (2004), a velocidade de infecção neste segmento populacional atinge principalmente as mulheres devido às questões de ordem social e normativa, relacionadas ao modelo de educação e a influência religiosa, que acaba prescrevendo o comportamento das mulheres jovens a uma situação que não lhes dá a oportunidade ou possibilidade de negociar uma relação sexual segura.

¹ Admitindo a existência de diferentes concepções de juventude e diferentes maneiras de vivenciar e experimentar a juventude (PAIS, 1990; ESTEVES e ABRAMOVAY, 2008; ABRAHAMO, 2011), no presente trabalho iremos trabalhar com este recorte por razões que serão explicitadas posteriormente.

² Em Moçambique, segundo os dados do Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Adolescentes e Jovens, realizado em 2001, 56,1% dos rapazes entrevistados tiveram a sua primeira relação sexual na faixa etária entre 15-19 anos (INE, 2001). Segundo dados do Inquérito Demográfico e de Saúde 2003, a idade mediana da primeira relação sexual fixa-se em 16 anos para mulheres e 16,8 para homens (INE e MISAU, 2004). No Brasil, segundo um estudo realizado pela UNICEF em 2002, dos adolescentes brasileiros na faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8% já haviam tido relações sexuais (BRASIL, 2006).

Na percepção de outros autores (UNFPA, 1999, 2003; BERER, 2007; UNFPA e SAVE THE CHILDREN, 2009; AYRES et al., 2012) esta situação alude que os jovens estejam iniciando e vivenciando a sua sexualidade num contexto de falta conhecimentos, habilidades e recursos para o exercício de uma relação sexual segura, encontrando-se estes numa situação de acentuada vulnerabilidade a infecção pelas doenças de transmissão sexual e, HIV em particular.

É no reconhecimento destas situações que se passou a desenvolver um conjunto de ações de prevenção do HIV com vista à redução da referida vulnerabilidade (UNFPA e SAVE THE CHILDREN, 2009).

No campo da saúde em geral, e da epidemia do HIV/AIDS em particular, as intervenções centradas no quadro analítico da vulnerabilidade surgem para reconceituar à tendência individualizante da doença (MUÑOZ SÁNCHEZ e BERTOLOZZI, 2007), que tinha o conceito de risco como quadro de referência (AYRES et al., 1999). Essa nova maneira de pensar a AIDS surge como contraposto às ações preventivas fundadas na premissa de que a simples transmissão de informação implicaria numa mudança do comportamento de risco (AYRES et al., 2003).

Para Ayres et al. (2003), o conceito de vulnerabilidade propõem ações não restritas a componente informação, buscando trabalhar com aspectos mais estruturais ou contextuais que determinam a exposição ao HIV. Nesta perspectiva, a vulnerabilidade é referida como:

“[...] os diferentes graus e natureza da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo as particularidades de sua situação quanto ao conjunto integrado de aspectos individuais, programáticos e sociais que os põem em relação com o problema e com os recursos para o seu enfrentamento” (AYRES et al., 1999).

Entretanto, apesar deste conceito ampliar as perspectivas para o conhecimento e intervenção sobre o HIV/AIDS (AYRES et al., 1998; AYRES et al., 2012) e estar-se perante uma epidemia que tem proporções globais (UNAIDS, 2011), é preciso também reconhecer que a forma como esta se espraia é diferente de região para região e varia de grupo para grupo (CÁCERES, 2004).

Neste sentido, a forma como a suscetibilidade a infecção vai se configurando no tempo e espaço, será em função das especificidades de cada contexto. Isso implica que as ações de prevenção estejam em consonância com essas especificidades. Caso contrário, por mais inovadoras que estas sejam, na ótica de Pereira (s/d), têm largas possibilidades de estar fadadas ao fracasso.

Em Moçambique, no âmbito da resposta nacional contra o HIV/AIDS, as ações de prevenção especificamente voltadas para os adolescentes e jovens iniciaram nos meados da década 90³ (OSÓRIO, 2004). Estas tiveram um grande impulso com o lançamento do Programa Geração Biz (PGB) em 1999 pelo Governo de Moçambique e pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA).

O Programa Geração Biz é o maior programa de prevenção direcionado aos adolescentes e jovens, cujo objetivo fundamental é a promoção da saúde sexual e reprodutiva destes, incluindo a prevenção do HIV. Desde o seu lançamento, este programa vem desenvolvendo políticas e ações de prevenção com vista à redução da vulnerabilidade dos adolescentes e jovens em três dimensões: individual, programático/institucional e social (MISAU, 2004; PGB, 2007).

Para a materialização deste desiderato, este programa providencia informações e serviços nas escolas, nas comunidades e, nas unidades sanitárias por meio de Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) (LOFORTE, 2007a). Nestes espaços as ações de prevenção são operacionalizadas por ativistas ou educadores pares e por técnicos de saúde com formação específica em matérias de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens (PGB, 2007).

Este é um programa que faz parte de um amplo conjunto de ações voltados para os adolescentes e jovens, introduzidos em várias partes do Mundo⁴ sob alçada e financiamento das agências das Nações Unidas e com a participação dos governos nacionais (UNFPA, 2005). O sucesso que programas desta natureza tiveram em alguns países, influenciou bastante a sua introdução e consequente expansão em todo o território moçambicano.

Entretanto, para autores como Matsinhe (2005 e 2007) e Loforte (2007a), apesar de o programa ter potencial para ser transformativo, as suas ações ainda não têm conseguido fazer frente às altas taxas de incidência do HIV que se verificam em Moçambique, principalmente entre os/as jovens.

De acordo com os dados da Ronda de Vigilância Epidemiológica de 2007, o número de novas infecções por HIV em pessoas com pelo menos 15 anos de idade estimava-se 355

³³ A importância de tratar a questão da sexualidade dos jovens, particularmente no tocante à saúde sexual e reprodutiva, foi abordada com muita veemência na Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, da qual Moçambique tomou parte (LOFORTE, 2007).

⁴ Exemplos de alguns programas da mesma natureza do PGB implementados em outras partes do Mundo: *Lovelife*, na África do Sul; *Sexto Sentido* em Nicaragua; no Benin um programa governamental combina a capacitação para o emprego com a prevenção do HIV e da gravidez; a UNESCO está apoiando programas integrados em benefícios para meninas adolescentes e jovens pobres na Ásia Meridional, que abarcam alfabetização, saúde reprodutiva e HIV/AIDS, etc (UNFPA, 2005).

por dia no ano de 2008 (GTM, 2008). Esta estimativa sugere que os programas de prevenção ainda permanecem vazios em termos de significância prática no esteio de resultados que se traduzam efetivamente na redução considerável de novas infecções.

Na ótica de Andrade e Silva (2005), uma das razões que faz com que o Programa Geração Biz esteja longe de atingir os resultados esperados é o fato de este programa ser pouco acessível aos adolescentes e jovens. Se por um lado ainda prevalecem problemas de cobertura, por outro há um total desconhecimento da existência destes serviços por parte considerável dos adolescentes e jovens. Esta situação faz com que muitos adolescentes e jovens não se beneficiem dos aportes que poderiam ser fornecidos por este programa, encontrando-se numa situação de vulnerabilidade a infecção pelo HIV.

Para Matsinhe (2007), uma das limitações deste programa está relacionada com o fato de o tipo de estratégias para fazer frente à epidemia do HIV/AIDS, ter sido colocado em Moçambique pelas agências internacionais, baseados em modelos universalizados ou globalizados, que não estavam necessariamente atentos às idiossincrasias e/ou especificidades das dinâmicas locais e subcontextuais.

As ações de prevenção do HIV e promoção da saúde acabaram aparecendo como ações racionais, obedecendo a uma racionalidade que corresponde aos fins ou aos meios hegemônicos internacionais, induzidas de fora e estranhas ao lugar, território, região, ou ao país.

Este mesmo entendimento é partilhado por Passador e Thomaz (2006), quando afirmam que esses programas acabam impondo modelos comportamentais preventivos exógenos, sem uma prévia compreensão e adequação a realidade local, chegando ao ponto de produzirem efeitos contraproducentes em relação àqueles pretendidos pelas campanhas que promovem.

É no esteio destas constatações sobre o potencial deste programa, que para a presente dissertação levantam-se as seguintes questões de partida:

- (i) Como é que se têm configurado as ações de prevenção do HIV do Programa Geração Biz?
- (ii) De que forma a configuração destas ações podem colocar os jovens numa situação de menor ou maior vulnerabilidade a infecção pelo HIV?

É a partir destas duas questões que se procurou orientar o presente estudo, buscando elementos para a sua compreensão no distrito de Nhamatanda, província de Sofala em Moçambique. A escolha de Nhamatanda como o nosso *locus* de análise deve-se ao fato deste

ser um distrito com uma taxa de prevalência entre os jovens dos 15-24 anos estimada em 30,5% no ano de 2007 (GTM, 2008).

Paralelamente a esta situação, este distrito encontra-se localizado ao longo do Corredor da Beira, região Centro de Moçambique. Para vários autores (MISAU, 2001; MATSINHE, 2005; PASSADOR e THOMAZ, 2006; CNCS, 2010), os altos níveis de prevalência encontrados neste distrito tem alguma relação com a sua localização nesta parte do país, região onde se presume que a epidemia do HIV/AIDS tenha iniciado⁵.

Neste sentido, para o presente estudo pretende-se compreender como são desenvolvidas as ações de prevenção do HIV do Programa Geração Biz direcionadas aos jovens dos 15-24 anos e, dessa forma, buscar a compreensão da possível vulnerabilidade destes a infecção pelo HIV no distrito de Nhamatanda. Especificamente pretende-se:

- (i) Descrever as ações de prevenção do HIV direcionadas para os jovens;
- (ii) Compreender as possíveis relações entre as ações de prevenção e a suscetibilidade à infecção pelo HIV entre os jovens;

Para poder responder as perguntas que norteiam o presente estudo, para além da introdução e das considerações finais, estruturei esta dissertação em sete capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o percurso metodológico, onde são detalhados os caminhos que nortearam a busca de material que serviu de base para a elaboração do presente estudo. Porque se trata de um estudo qualitativo embasado no método etnográfico, privilegiei como técnica de coleta de dados a observação participante, complementada por entrevistas semi-estruturadas com alguns dos meus interlocutores e uma extensa pesquisa bibliográfica.

No segundo capítulo, porque se trata de um estudo cujo objeto e unidade espacial de análise se localiza em Moçambique, faço uma caracterização do país, apresentado alguns traços gerais e algumas singularidades que o caracterizam. Para além destas características que definem o país com um todo único e multifacetado, dei um particular destaque a caracterização do Sistema Nacional de Saúde, com ênfase no Serviço Nacional de Saúde. Finalizei este capítulo com a descrição do estado de saúde da população moçambicana, procurando descreve-la numa perspectiva histórica, desde meados do século XX até a atualidade.

⁵ Presume-se que em Moçambique a epidemia do HIV/AIDS teve o seu início mais cedo na região Centro em relação às regiões Sul e Norte. As hipóteses levantadas indicavam que no fim da década de 90, a prevalência na região Centro era provavelmente duas vezes maior em relação à do Sul (representada pela cidade de Maputo), e a soroprevalência no Norte podia ser 25% mais alta em relação ao Sul do país (MISAU, 2001).

No terceiro capítulo faço um enquadramento da epidemia do HIV/AIDS desde uma perspectiva global até ao âmbito local. Este enquadramento estrutura-se a partir da descrição de dados epidemiológicos que corporificam a epidemia em termos mundial e regional e, por fim, descrevo o modo como à mesma se espraia em Moçambique no geral e, entre os jovens (15-24 anos) em particular.

No quarto capítulo inicio com a descrição da unidade espacial de análise, neste caso, o distrito de Nhamatanda, localizado na província de Sofala na região central de Moçambique. Nesta descrição é feita a caracterização geral do distrito, com objetivo de dar a conhecer o modo de vida e o ambiente de vivência e convivência dos meus interlocutores. Adicionalmente descrevo o sistema de saúde existente no distrito e o estado de saúde da população. Termino este capítulo com a descrição da prevalência do HIV entre a população do distrito, dando particular destaque a prevalência entre os jovens.

No quinto capítulo enceto a descrição de alguns aspectos relacionados à resposta moçambicana frente à epidemia do HIV/AIDS. Esta descrição é subdividida em duas partes, na primeira descrevo o processo de coordenação da resposta governamental ao HIV/AIDS, evidenciando o desfasamento entre a esfera nacional e o âmbito local. Na segunda parte apresento as respostas das organizações da sociedade civil em Moçambique, descrevendo de forma breve o processo de emergência destas organizações, as características e o contexto em que as mesmas atuam. Finalizo a segunda parte deste capítulo com um olhar sobre os alcances e os limites da atuação de uma das organizações da sociedade civil que atua no distrito de Nhamatanda.

No sexto capítulo, norteado pelo objeto e objetivos do estudo, faço a descrição das ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens. Este capítulo começa com a descrição do Programa Geração Biz, que é o maior programa de Saúde Sexual e Reprodutiva e prevenção do HIV voltado para os jovens em Moçambique. Neste processo é descrito a natureza do programa, seus objetivos e as metas que o mesmo pretende alcançar. Em seguida descrevo a forma como se deu a expansão do programa pelo território nacional, evidenciando o desfasamento entre o processo de expansão e a realidade epidemiológica que se vivia no país. Adicionalmente são descritos os mecanismos de financiamento que norteiam o programa em Moçambique, evidenciando os constrangimentos em torno deste processo. Por fim descrevo as principais ações de enfrentamento da epidemia no âmbito do Programa Geração Biz no distrito de Nhamatanda, descrevendo detalhadamente como são desenvolvidas as ações de base escolar, de base clínica e de base comunitária.

No sétimo e último capítulo relato algumas das experiências vividas no campo, no âmbito das ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens no distrito de Nhamatanda. A primeira experiência está relacionada a uma palestra dos educadores pares de base escolar para os alunos da Escola Secundária Geral de Nhamatanda. A segunda é uma campanha de sensibilização realizada pelos técnicos de saúde dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens do Hospital Rural de Nhamatanda para os alunos da Escola Secundária Geral de Nhamatanda.

1. METODOLOGIA

A presente dissertação baseia-se numa abordagem qualitativa, embasada no método etnográfico. Pretendo com este estudo compreender as ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens (15-24 anos) e, dessa forma, buscar o entendimento da possível vulnerabilidade destes a infecção pelo HIV no distrito de Nhamatanda, província de Sofala em Moçambique.

Foi ancorado neste propósito que optei por uma abordagem de caráter qualitativo, na medida em que esta privilegia um tratamento mais aprofundado de alguns temas (SPOSITO, 2011). Este diferencial em relação às outras abordagens nos permite obter outro ponto de vista sobre os fenômenos e outras escalas de observação (ALAMI et al., 2010).

O uso deste tipo de abordagem vem ganhando cada vez mais espaço no campo da saúde coletiva (TURATO, 2005; TOMAZ-MOREIRA et al., 2007; MINAYO, 2010). Para Turato (2005), ao se aplicar as abordagens qualitativas em saúde não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado individual e coletivo para a vida das pessoas. Seguindo este raciocínio foi fundamental procurar perceber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representavam para os meus interlocutores. Conforme este autor parte-se do princípio que *o significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Centrados nesta abordagem foi possível explorar um conjunto complexo de fatores que envolvem o fenômeno central em estudo e perceber as perspectivas ou os variados significados dos diferentes intervenientes (CRESWELL, 2010).

Para a devida operacionalização desta abordagem segui a recomendação de Creswell (2010), buscando proceder a coleta dos dados no ambiente natural em que os meus interlocutores vivenciam a questão ou o problema que está sendo estudado, neste caso concreto nos diferentes espaços e ambientes do distrito de Nhamatanda.

Embasado nestas características da abordagem qualitativa, optei pela aplicação do método etnográfico. Este método vem sendo crescentemente utilizado para o estudo de uma variedade de temas na área da saúde coletiva, como um caminho que proporciona outro entendimento dos diferentes fenômenos estudados (CAPRARA e LANDIN, 2008). Na ótica destes autores, o diferencial trazido por este método pode ser visualizado em diferentes estudos que proporcionaram um entendimento mais refinado sobre diferentes questões do campo da saúde coletiva.

Para o presente estudo este método permitiu a obtenção de um quadro holístico do tema em estudo, com ênfase nas experiências cotidianas dos meus interlocutores (FRAENKEL e WALLEN, 1990 ap. CRESWELL, 2010).

Entretanto, cabe antecipar que não busquei e nem consegui aplicar o método etnográfico dentro das suas premissas originais ou ao pé de letra (FONSECA, 1999). Possivelmente o que consegui foi uma observação de “*tipo*” etnográfico, conforme o colocado por Caprara e Paes Landin (2008). O que efetivei foi uma atividade de pesquisa de campo, por um período relativamente prolongado de tempo, com contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência (FABIETTI, REMOTTI, 1997 ap. CAPRARA e LANDIN, 2008).

O elemento essencial que norteou o trabalho de campo foi o de procurar compreender o modo de vida de pessoas ou grupos e, as ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens, tentando sempre as compreender na perspectiva dos meus interlocutores (SPRADLEY, 1980 ap. GUALDA e HOGA, 1997).

Conforme já explicitado, o campo desta pesquisa foi o distrito de Nhamatanda na província de Sofala em Moçambique. Neste distrito procurei estabelecer um contato o mais estreito possível com os jovens e com a realidade das ações de prevenção voltadas para este segmento populacional durante quase sete (07) meses de estadia em campo (Fevereiro a Setembro de 2012).

No entanto, estou ciente de que o tempo de permanência em campo pode não ter sido suficiente para o meu propósito e, que o mesmo se encontra muito longe daquele tempo médio de dois anos que Evans-Pritchard propôs como o tempo em que o antropólogo deveria permanecer no campo (PEIRANO, 1992).

Durante o trabalho de campo aproximei-me da realidade dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ) e dos serviços de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) do Hospital Rural de Nhamatanda. Nestes serviços foi possível interagir com os técnicos de saúde que prestam serviços de aconselhamento e testagem em HIV/AIDS aos jovens e, com os próprios jovens usuários destes serviços.

A interação com a realidade destes serviços não se afigurou tarefa fácil, situação que esteve fortemente dependente de uma série de condicionalismos, com destaque para a necessidade de obtenção de credenciais de autorização junto dos responsáveis por estes serviços. A tentativa de buscar qualquer tipo de informação ou empreender uma observação mais minuciosa sobre o funcionamento destes serviços torna-se quase que impossível, sem as referidas credencias devidamente autorizadas.

O processo de obtenção de credenciais tem o seu início na sede da Administração do Distrito de Nhamatanda. Se a credencial não estiver devidamente assinada e carimbada pelo Administrador do Distrito nada acontece. Não adianta se dirigir para nenhuma outra

Instituição do Estado de nível inferior existente no distrito, sem antes se conseguir a autorização ao mais alto nível. Felizmente para o meu gáudio, coincidiu realizar o trabalho de campo num distrito em que o Administrador é formado e trabalhou num passado recente na área da saúde. Possivelmente este fato tenha aberto espaço para uma melhor sensibilidade e compreensão da relevância da pesquisa por parte deste mais alto representante do Estado no distrito. Esta situação possibilitou não só a obtenção de uma credencial devidamente assinada e carimbada com uma brevidade não comum, como também trocar algumas impressões sobre o quadro epidemiológico vigente no distrito.

Entretanto, a despeito deste início estimulante do trabalho de campo, o segmento do mesmo processo em outras instituições de nível inferior atrasou o início da recolha dos dados. A tentativa de empreender uma aproximação inicial com a realidade dos serviços de saúde voltados para os jovens e relacionados com a prevenção do HIV (SAAJ e ATS) só se tornou possível depois de algumas semanas em campo, enquanto aguardava pela autorização dos responsáveis do setor da saúde.

Este atraso que se verificou na emissão das credenciais de autorização tornaria quase que impossível à realização desta pesquisa se não tivesse sido previsto um tempo maior de permanência na área de estudo. Possivelmente esta seja uma das vantagens de se empreender uma etnografia, na medida em que este método demanda um tempo maior de permanência em campo, permitindo por vezes que burocracias desta natureza possam ser ultrapassadas.

Paralelamente ao trabalho realizado nos serviços de saúde, estabeleci um contato prolongado com os jovens estudantes da Escola Secundária Geral de Nhamatanda. Este processo foi também norteado pelos mesmos caminhos de busca de autorização que se verificou no setor da saúde, mas tendo sido possível obter a autorização num período de tempo mais reduzido, na medida em que já havia aprendido como contornar alguns aspectos burocráticos a partir da experiência anterior.

Esta imersão no ambiente escolar permitiu-me uma aproximação com o pulsar dos corredores e das salas de aula da Escola Secundária Geral de Nhamatanda. Durante este processo foi possível estabelecer uma interação com os ativistas ou educadores pares do Programa Geração Biz e com os demais alunos desta escola. Nesta interação foi possível assistir palestras sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, HIV/AIDS, etc., desenvolvidas pelos ativistas ou educadores pares de base escolar do programa e pelos técnicos de saúde ligados ao Serviço Amigo de Adolescentes e Jovens e outros serviços oferecidos no Hospital Rural de Nhamatanda.

Como se pode observar, o espaço escolar e os serviços de saúde foram dois espaços fundamentais de coleta de material para a presente pesquisa, tendo sido selecionados por constituírem espaços onde se materializam ações programáticas de prevenção do HIV para os adolescentes e jovens.

Adicionalmente, foi necessário me aproximar do ambiente burocrático da Administração do Distrito de Nhamatanda, dos Serviços Distritais da Educação, Juventude e Tecnologia, dos Serviços Distritais da Saúde, Mulher e Ação Social, entre outros. Nestes serviços foi possível recolher uma série de informações que só poderiam ser encontradas com maior facilidade em documentos existentes nestas Instituições e que foram de fundamental importância para a presente pesquisa. A aproximação a estas Instituições permitiu também estabelecer um contato permanente com alguns dos funcionários responsáveis pelas ações de prevenção e com os gestores dos programas nos serviços distritais.

Paralelamente a estes ambientes institucionalizados, foi de fundamental importância à imersão nos diferentes espaços de interação da população do distrito no geral e dos jovens em particular. Com a pretensão de buscar uma melhor apreensão do cotidiano da população, tive por vezes que dedicar a minha atenção e estar horas sem fim pelos diferentes bairros do distrito, pelos mercados de venda dos mais diversos produtos, pelos estabelecimentos de projeção de filmes, pelos quiosques, pelas barracas, pelas casas de pasto, pelos caminhos de pé posto entre as casas, pelo interior das casas dos meus interlocutores, pelas festas de aniversários, pelas discotecas, pelo campo de futebol, etc.

Para a operacionalização de todo esse processo tive que me aportar de diferentes instrumentos de coleta de dados e estratégias que a etnografia nos proporciona, tendo sido fundamental à observação participante, complementada pelas entrevistas em profundidade e pesquisa bibliográfica (GUALDA e HOGA, 1997).

Estes instrumentos só tiveram o sentido desejado na medida em que se procurou sempre manter o foco na aprendizagem do significado que os participantes davam ao problema em questão. Centrado nesses aspectos, buscou-se uma pesquisa interpretativa, onde a intenção foi sempre fazer uma interpretação do que se enxergava, se ouvia e se entendia (CRESWELL, 2010).

A observação participante foi realizada por meio de um contato direto com os jovens, com a finalidade de obter informações sobre a realidade destes em seus próprios contextos. Esta técnica permitiu a coleta de vários elementos de grande importância para a pesquisa, que seriam de difícil coleta através de questionários ou da análise de documentos, mas que tinham de ser observados em pleno funcionamento (MALINOWSKI, 1997).

Durante o processo de observação participante acabei sendo parte do contexto em observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado pelo contexto (TOMAZ-MOREIRA et al., 2007). Devo confessar que durante a minha estadia em campo, não sei se consegui atingir o colocado por Fonseca (1999), quando afirmou que:

[.....] só a partir do momento em que os sujeitos observados passarem a sentir-se a “vontade” na presença do investigador, é que se poderá afirmar que o investigador já começa a ser parte integrante do universo pesquisado (FONSECA, 1999).

Contudo, penso que o fato de estar em dúvidas em relação ao alcance desta pretensão colocada por Fonseca (1999), não invalida nem retira créditos aos achados desta pesquisa. Independentemente desta dúvida, a observação participante foi de extrema importância para a análise das discrepâncias entre o discurso e a prática do grupo social em estudo (FONSECA, 1999).

Para o registro das observações, o diário de campo foi o instrumento ideal. Segundo Caprara e Landin (2008), este é o instrumento mais básico para o pesquisador que está fazendo uma etnografia, constituindo um documento pessoal onde o Investigador escreve observações, experiências, sentimentos, sensações, até “percepções de pele”. Para estes autores, este é um instrumento onde se deve registrar, de modo, mais fiel e detalhado possível, em cada ida ao campo.

Foi ancorado nessas colocações que procurei recorrer à recomendação Malinowskiana, fazendo a utilização do diário de campo de forma sistemática ao longo de todo tempo de trabalho na área de estudo (MALINOWSKI, 1997).

Para além do diário de campo, fiz o uso de uma máquina fotográfica para o registro de certos fenômenos observados. Segundo Sato (2009), a utilização de fotografias tem se mostrado de extrema relevância na pesquisa social, onde esta tem se apresentado com múltiplos usos: como documento, como uma citação, como dado que possibilita esquadrihar uma situação de trabalho, como uma das visadas possíveis sobre os acontecimentos e como fonte de inspiração para os relatos apresentados.

A expressão abaixo utilizada por Sato (2009) sintetiza as situações que pude registrar e vivenciar em campo, quando estive munido de uma máquina fotográfica:

Imagens de pessoas, de interações sociais, de espaços e de coisas foram registradas. Como fotógrafa, fui dirigida e dirigi. Presenciei acontecimentos que mereciam ser fotografados e algumas situações que resolvi fotografar configuraram uma outra: as pessoas fotografadas e eu éramos enquadrados em cenas observadas por outros [.....] (SATO, 2009).

Esta colocação ilustra o quanto em determinadas situações o recurso à fotografia foi importante para complementar à observação de certas vivências durante o trabalho de campo. O recurso à fotografia mostrou-se ainda de extrema relevância no ato da escrita do texto da presente dissertação. Conforme a colocação de Samain (1995), o texto não basta por si só. A fotografia, também não. Acoplados, inter-relacionados constantemente, então sim, ambos proporcionarão o sentido e a significação.

Entretanto, cabe realçar que nem sempre o processo de captação de imagens foi encarado com tranquilidade por parte dos meus interlocutores. Em determinados momentos tive que me fazer ao campo sem a máquina fotográfica, quando a presença desta criava algum desconforto nos meus interlocutores, como em situações que estes achavam que eu era jornalista de algum órgão de comunicação social e, que pudesse fazer um uso indevido das imagens.

Concomitantemente a observação participante, procedi a recolha de informações por meio da aplicação de entrevistas em profundidade. Segundo Tomaz-Moreira et al. (2007), este tipo de entrevista tem sido bastante utilizado no campo da saúde, sendo uma técnica que se constitui numa conversa com propósitos bem definidos, em que o pesquisador deve atuar como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, buscando obter dados contidos nas falas dos entrevistados.

As entrevistas em profundidade foram aplicadas na sua vertente semi-estruturada. Esta pode ser definida como aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias ou hipóteses que fundamentam a pesquisa, onde apenas algumas questões e tópicos são pré-determinados. A opção por este tipo de entrevista deveu-se também ao fato desta permitir a reformulação de determinadas questões durante a entrevista e, a possibilidade de abandonar as irrelevantes (TOMAZ-MOREIRA, 2007).

Para o registro das entrevistas foi utilizado um gravador da marca Sony. Para Schraiber (1995) ap. Belei et al. (2008), é indicado o uso de gravador na realização de entrevistas para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa.

Esta indicação é corroborada por autores como Patton (1990) e Rojas (1999) ap. Belei et al. (2008), ao afirmarem que o gravador preserva o conteúdo original e aumenta a acurácia dos dados coletados. Este aparelho registra palavras, silêncios, vacilações e mudanças no tom de voz, além de permitir maior atenção ao entrevistado. No entanto, estes autores chamam atenção sobre algumas precauções a se ter antes da gravação, como é o caso do domínio desta

tecnologia, do teste da bateria, do volume e do funcionamento do aparelho, a aquisição antecipada das fitas cassete e numeração de sua sequência.

Entretanto, existiram alguns casos em que os entrevistados, por razões diversas, não permitiram a utilização do gravador para o registro das entrevistas. Nestes casos as entrevistas foram anotadas num bloco de nota, o que por vezes não permitiu a captação de todos os elementos da comunicação dos entrevistados.

Com relação ao número dos entrevistados, dizer que para o presente estudo foram efetuadas 16 entrevistas. Pelas características do método etnográfico, no processo de coleta de dados não existe a necessidade de se ter uma amostra representativa como acontece nas abordagens quantitativas. As etnografias são norteadas pelo princípio da qualidade dos dados, ou seja, a precisão com que se retrata o contexto como um todo (GUALDA e HOGA, 1997). Não se pretendia à representatividade estatística da população alvo, mas buscar o significado social que os sujeitos atribuem as suas ações (MINAYO, 2010).

Paralelamente a técnica anterior, recorreu-se a uma extensiva pesquisa bibliográfica, que consistiu na leitura, análise e interpretação de livros, artigos, teses, periódicos, documentos, manuscritos, etc., que serviram para o aprofundamento de muitas questões observadas em campo e o aperfeiçoamento da fundamentação teórica do estudo.

Entretanto, a precariedade de algumas das fontes documentais disponíveis, nem sempre de fácil acesso, não permitiu uma pesquisa de âmbito muito mais amplo como seria recomendável (CAMARGO Jr., 1999).

Espero que a combinação destas três técnicas tenha sido suficiente para proceder à coleta de dados etnográficos, estatísticos, históricos e sociológicos (FONSECA, 1999). Almejo ainda que o cruzamento e comparação dos diferentes discursos, o confronto de falas de diferentes sujeitos sobre a mesma realidade tenha ajudado a construir a tessitura da vida social dos jovens no distrito de Nhamatanda, a compreensão das ações de prevenção do HIV e, o entendimento da possível vulnerabilidade destes a infecção pelo HIV.

Todavia, é fundamental não se perder de vista a colocação feita por Sposito (2011):

[...] é inegável que sempre estaremos lidando com o caráter provisório dos resultados e com a necessidade de novas perguntas e outros estudos (SPOSITO, 2011).

1.1. Aspectos Éticos

Por razões de ordem diversa, a proteção dos participantes é sempre o objetivo chave em qualquer trabalho de pesquisa. Uma é a proteção dos seus direitos e liberdades. A outra é a manutenção dos altos padrões da Comissão Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS).

O projeto que embasou este estudo foi submetido ao Comité de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tendo sido aprovado sob o número 1416/11. No entanto, urge reafirmar que o estudo foi de caráter voluntário, onde foi garantida a liberdade dos sujeitos participarem ou não da investigação. Os participantes foram antecipadamente informados sobre o tratamento confidencial de toda a informação produzida e também foram informados de que em nenhum momento os seus nomes serão apresentados ou associados aos dados recolhidos.

Nenhum participante foi entrevistado sem que antes tivesse conhecimento da natureza do estudo e do que se esperava dele na entrevista. Só foram incluídos no estudo jovens que após apresentação, leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordaram em fazer parte da pesquisa e que tivessem idades compreendidas entre os 15 e 24 anos. Termo este assinado pelos entrevistados e pelos pais e ou responsáveis legais, para os que tinham menos de 18 anos.

Para o presente estudo procurou-se excluir todos os jovens com idades igual ou superior a 25 anos (em Moçambique, define-se como jovem todo indivíduo moçambicano do grupo etário dos 15 aos 35 anos) e, os que se encontravam no intervalo entre 15-24 anos, mas que eles e ou seus responsáveis não concordaram com a sua participação no estudo. Foram também excluídos aqueles que apresentaram qualquer restrição física, mental ou psíquica que dificultasse o alcance dos propósitos da pesquisa.

Foi garantida a oportunidade dos participantes poderem interromper a sua participação em qualquer fase do processo de coleta da informação. Foi também salvaguardada a possibilidade dos participantes conhecerem os resultados da pesquisa se assim o pretenderem. Todos os participantes assinaram uma ficha de consentimento informado (anexo 01).

2. MOÇAMBIQUE: características gerais

Moçambique localiza-se na costa oriental da África Austral. O país faz fronteira com os seguintes países: a Norte faz fronteira com a Tanzânia, a Oeste com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, África do Sul e Suazilândia e a Sul com a África do Sul. Toda a faixa Este é banhada pelo Oceano Índico numa extensão de 2.470 km (vide o Mapa 01).

O país abrange uma área de 799.380 km², subdivididas em 11 províncias. Ao Norte temos as províncias do Niassa, Cabo Delgado e Nampula; no Centro encontram-se as províncias de Tete, Zambézia, Manica e Sofala; ao Sul temos Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade, que é a capital do país. Cada província está dividida em distritos, tendo o país um total de 128 distritos e 43 municípios. Os distritos estão subdivididos em postos administrativos e estes em localidades.

Mapa 01: Localização e Divisão Administrativa de Moçambique



Fonte: Arquivo Eletrônico da Universidade de Coimbra, 2012.

De acordo com os dados do último RGPH de Moçambique realizado em 2007, a população moçambicana era de 20.632.434 habitantes, sendo 52% mulheres e, a maioria residente nas áreas rurais (70%). As projeções apontam para uma população atual em torno dos 22 milhões de habitantes (INE, 2010). A população adulta dos 15-49 anos constituiu 48%

da população total e os adolescentes e jovens dos 15-24 anos constituíam pouco mais de 20% da população. Esta situação faz com que tenhamos um país com uma população fundamentalmente jovem (INE, 2010).

As mulheres em idade reprodutiva perfazem 5,5 milhões de habitantes, e correspondem a cerca de 50% da população feminina. A população em idade produtiva (a partir de 15 anos de idade) na sua larga maioria (60%) dedica-se à agricultura, pecuária e silvicultura como principais atividades econômicas e de subsistência. Entretanto cabe realçar que nos últimos anos tem-se assistido um crescimento acentuado do setor terciário, onde uma série de atividades do setor informal acaba empregando um número considerável da população.

A estrutura social é caracterizada por famílias alargadas, e mais ou menos nucleares, monogâmicas ou poligâmicas. Em termos de linhagens verifica-se a existência de dois sistemas, patrilinear e matrilinear, sendo o rio Zambeze a linha divisória entre os dois, o primeiro na região a Sul e o segundo na região a Norte do rio.

O país é caracterizado por uma diversidade linguística que vai do português até as línguas nacionais. Em termos culturais podem-se identificar 16 grupos étnicos falantes de 24 línguas de origem Bantu (MAZULA, 1995). De acordo com os resultados do 3º RGPH, as línguas mais utilizadas na comunicação diária são: *Emakhuwa* (25%), *Português* (13%), *Xichangana* (10%), *Cisena* e *Elomwe* (7% cada) e outras línguas moçambicanas (29%) (INE, 2010). Esta diversidade torna Moçambique num país multiétnico, multilinguístico e multicultural, aspetos a ter-se em conta em qualquer dimensão de análise da realidade moçambicana. Apesar desta riqueza etno-linguística, por razões de ordem conjuntural o português acabou sendo instituído como língua oficial do país logo após a independência nacional (MAZULA, 1995).

A independência nacional foi conquistada a 25 de Junho de 1975, após quase 500 anos de colonização portuguesa. Este processo levou a constituição da República Popular de Moçambique, com um regime político monopartidário dirigido pela FRELIMO, movimento de orientação política socialista. Segundo alguns autores (FRANCISCO, 2003; MACAMO, 2003; SUBUHANA, 2007), com o colapso do sistema colonial português e a proclamação da independência, abriu-se espaço para construção de outro tipo de relações sociais, econômicas e culturais, diferentes das que estavam vigentes no período anterior.

À altura da independência o país encontrava-se com uma estrutura socioeconômica profundamente subdesenvolvida. Na percepção de Mazula (1995), em 1975 Moçambique não constituía, nem política nem culturalmente, uma Nação-Estado e, em todos os setores da vida

econômica e social o atraso era generalizado. O atraso econômico-social em que o país se encontrava pode ser ilustrado com os seguintes exemplos: a taxa de analfabetismo estava na ordem dos 93%; aproximadamente 171 médicos, numa relação de mais de 28.500 pessoas por médico; mais de 70% da população vivendo fora do alcance de quaisquer cuidados de saúde; uma taxa de mortalidade infantil elevadíssima; falta de quadros moçambicanos capazes e suficientes para preencher os diversos setores econômicos e sociais, situação agravada com a saída de 900 técnicos portugueses e outros estrangeiros a altura da independência⁶.

Com o intuito de reverter esse cenário e de iniciar com o processo de construção de uma nova nação, uma das primeiras medidas, de âmbito social, tomadas pela FRELIMO⁷ foi à nacionalização de todas as clínicas privadas e a criação das condições para o surgimento de um Serviço Público de Saúde⁸. Estas ações, ainda que iniciais, culminaram com a elaboração da primeira Política Nacional de Saúde em 1976, um dos instrumentos importantes para a criação de condições para a garantia do acesso indiscriminado dos moçambicanos aos serviços de saúde.

Em 1977, reunida no seu III Congresso, a FRELIMO reafirmou a sua posição como o único partido que conduziria os destinos da nação e decidiu pela sua transformação em um partido de vanguarda marxista-leninista, passando a ser esta a ideologia de atuação do Estado. Este novo modelo ideológico representava uma negação aos modelos coloniais e neocoloniais e realçava a necessidade de um desenvolvimento socialista genuíno centrado em instituições que, na forma de ver da FRELIMO não promovessem a exploração do homem pelo homem (MUNGOI, 2008). A partir dessas deliberações iniciou-se um sinuoso processo de transformação de Moçambique num país de cariz socialista.

Em termos econômicos a opção socialista teve como vertente prática principal a introdução de uma economia centralizada e planificada e, a nacionalização de empresas e serviços em quase todas as áreas relevantes da atividade econômica (MACAMO, 2003). Como parte deste processo estabeleceram-se cooperativas, unidades agrícolas estatais, empresas estatais e formas coletivizadas de comércio (MUNGOI, 2003). A estratégia de desenvolvimento apoiava-se fundamentalmente na produção agrícola, nas quais as Aldeias Comunais emergiam como eixo fundamental da libertação do Homem no campo (FRELIMO,

⁶ Com a independência nacional, a quase totalidade dos estrangeiros abandonou o país e, as cidades, que antes eram ocupadas fundamentalmente pela população branca, foram ocupadas por população moçambicana que, vinda dos subúrbios se deslocaram para o centro urbanizado e, oriundos do campo, se instalaram na área suburbana e também na urbana (ARAÚJO, 2003).

⁷ FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique) é um movimento fundado em 1962, dirigiu a luta pela libertação nacional contra o regime colonial português entre 1964-1975.

⁸ Decreto Presidencial 1/75 de 29 de Julho.

1977). A organização do povo em Aldeias Comuns era também uma das formas encontradas pelo Estado para atingir com relativa rapidez a satisfação de certas necessidades da população, sendo a provisão dos serviços de saúde uma delas.

Outra das grandes deliberações com forte impacto social e vinculada ao Projeto Socialista, foi à criação e organização de um Sistema Nacional de Educação (SNE) que rompesse com os objetivos e estrutura do sistema de educação colonial e também o tradicional. O SNE tinha que ser a base para a criação do Homem Novo, o Homem Socialista (FRELIMO, 1983). Para Paulo (1994), este processo significou em termos práticos a recusa das práticas costumeiras tais como: os ritos de iniciação, lobolo entre muitos outros. Apesar de estas práticas terem uma importância muito grande para as famílias moçambicanas, o governo não as permitiu, o que fez com que estas continuassem a praticá-las em segredo.

Enquanto se criavam as bases para a construção e consolidação do Projeto Socialista (CHICHAVA, s/d), deflagrou no país um conflito armado nos finais 1977, opondo, de um lado, a FRELIMO e, de outro, a RENAMO⁹. O conflito alcançou o seu auge durante a década 80, tendo sido um dos fatores que inviabilizou a implementação do Projeto Socialista e, agudizou as já precárias condições de vida dos moçambicanos.

O período de 1980 a 1991 correspondeu à fase mais intensa da guerra civil que o país viveu durante vários anos (ARAÚJO, 2003). O desenrolar da guerra e o clima de instabilidade que se vivia no país, com maior ênfase nas áreas rurais, provocou a destruição da base produtiva da população e deu origem a intensos movimentos migratórios, com particular destaque para o êxodo rural¹⁰. Estes movimentos provocaram em alguns casos a desestruturação de muitos agregados familiares e do tecido social de parte considerável das comunidades rurais.

Paralelamente a guerra, os primeiros anos da década 80 são marcados pela emergência de fatores climáticos desfavoráveis, particularmente a seca e outras calamidades naturais que reduziram significativamente a atividade económica no país, com maior impacto na agropecuária. A produção agropecuária decresceu para níveis alarmantes e a sobrevivência duma parte significativa da população passou a depender da ajuda alimentar externa¹¹.

⁹ RENAMO (Resistência Nacional de Moçambique) criada em 1976/77 sob designação de Movimento Nacional de Resistência (MNR).

¹⁰ Isto sucedeu porque os fatores conjunturais referidos tornaram o meio rural extremamente repulsivo e os espaços urbanos e urbanizados adquiriram valores atrativos que, embora apenas aparentes, surgem hipervalorizados (ARAÚJO, 2003).

¹¹ Estima-se que a ajuda alimentar, juntamente com as importações alimentares, corresponderam a mais de 80% do total de mantimentos, no final da década de 80. A comida distribuída foi de 5.7000 toneladas em 1985, 180.000 toneladas em 1988 e cerca de 170.000 toneladas em 1989 (LOPES and SACERDOTI 1991 ap. CARDOSO, 2009).

Entretanto, cabe ressaltar que nem todos moçambicanos encontravam explicação da situação em que o país se encontrava nas razões que vem sendo descritas. Segundo Mungoi (2008), parte da culpa do marasmo social e econômico em que se vivia no país era atribuída por alguns segmentos da sociedade moçambicana a forma como a FRELIMO conduzia os destinos do país. No entendimento destes autores, a forma como os destinos do país eram conduzidos foi um dos fatores que fez com que a RENAMO conseguisse certa popularidade, sobretudo nas áreas rurais, na medida em que este movimento apoiava a “tradição” moçambicana, em particular aos grupos religiosos e as antigas lideranças de linhagem rejeitadas pela FRELIMO nos primeiros anos pós-independência.

Com o passar do tempo e o agudizar das condições de vida da população, mas do que um prenúncio, as lideranças da FRELIMO foram tendo cada vez mais certezas de que o “Projeto Socialista” já não conseguia dar conta da situação de crise em que Moçambique se encontrava. Para Francisco (2003), o IV Congresso da FRELIMO realizado em 1983, foi um dos momentos importantes do despertar para a necessidade de uma revisão substancial da estratégia econômica e de desenvolvimento que vinha sendo implementada desde 1976. Na percepção deste autor, neste congresso já se reconhece o fracasso da estratégia socialista.

No âmbito dessas constatações em 1984 o Governo aderiu às instituições de Bretton Woods, nomeadamente Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI) para poder aceder ao financiamento internacional a economia, abrindo assim o caminho para a liberalização do mercado. É também no esteio dessa adesão que se inicia, a partir de 1985, o terceiro processo de reestruturação da economia e do desenvolvimento do país¹², com o intuito de se reverter a situação flagelante em que o país se encontrava (FRANCISCO, 2003).

Foi no contexto da conjuntura de reestruturação econômica, instabilidade política e social, pobreza extrema, elevado índice de analfabetismo e precárias condições de saúde da população, que se diagnostica no ano de 1986 o primeiro caso de AIDS¹³ em Moçambique. Esta situação levou a criação no mesmo ano da Comissão Nacional da AIDS, tendo sido estabelecida nos moldes propostos pelas cartilhas da Organização Mundial da Saúde (MATSINHE, 2005).

Como se pode depreender, a AIDS surge numa época em que para além do conflito armado, o país se encontrava num processo de transição político-ideológica do “socialismo”

¹² Sobre esta periodização confira Francisco (2003).

¹³ O primeiro caso de AIDS foi diagnosticado na cidade de Pemba, província de Cabo Delgado, norte do país, no ano de 1986. Sobre o caso, sabe-se que foi clinicamente diagnosticado num médico clínico geral, de origem haitiana. Na altura do diagnóstico ele já se encontrava na fase de manifestação de sintomas de AIDS e porque o país não possuía capacidade laboratorial para diagnóstico, teria sido enviado para a República da África do Sul, onde foi feita a confirmação. O médico viria a falecer pouco tempo depois (MATSINHE, 2005).

para o “capitalismo”, devido à “falência” do Projeto Socialista. Período este também marcado pela morte do primeiro Presidente de Moçambique Independente, Samora Moisés Machel, vítima de um trágico acidente de viação. Para alguns autores, a morte do Presidente marcou o fim de um período da história de Moçambique, que Passador e Thomaz (2006) muito bem designaram por *Tempo Samora*, possivelmente pela influência indelével que este Estadista teve.

O processo de viragem é marcado por uma série de transformações tendo como um dos marcos a introdução do PRE em 1987 (Programa de Reabilitação Económica), apoiado financeiramente pelo BM e FMI. Este programa visava fundamentalmente conter a crise económica, aumentar a eficiência económica e reduzir os défices internos e externos. Como consequência dessas transformações, o período que vai desde 1987-89, o crescimento negativo foi substituído por um crescimento médio anual de cerca de 5%, para voltar a ser negativo nos anos posteriores, tendo atingido em 1993-95 os níveis mais baixos das últimas cinco décadas: 5,4% em volume e 3,6 per capita, relativamente a 1973 (FRANCISCO, 2003).

Em 1990¹⁴ o PRE é transformado em PRES¹⁵ (Programa de Reabilitação Económica e Social), no sentido de dar um impulso e atender as demandas de ordem social. Nessa altura o Índice de Desenvolvimento Humano de Moçambique estava situado em 0,299, como resultado de uma taxa de alfabetização adulta estimada em 32,9% e uma esperança de vida de 39,6 anos (FRANCISCO, 2003). Concomitantemente a introdução do PRES, é aprovada em 1990 a nova Constituição, que reconheceu formalmente o fim da República Popular de Moçambique. Outro aspecto marcante desta nova Constituição foi o reconhecimento formal das autoridades comunitárias locais (entre as quais se incluem as autoridades tradicionais).

Nessa mesma altura já se tinha iniciado os primeiros contatos para pôr fim ao conflito armado que iniciara em 1976, culminando com a assinatura dos Acordos Gerais de Paz (AGP) de Roma em 1992, entre a FRELIMO e a RENAMO. As Nações Unidas estimam que a Guerra tenha causado um prejuízo de pelo menos 15 bilhões de dólares americanos e que entre 1980-88 tenham morrido aproximadamente 900.000 pessoas como resultado direto da desestabilização, das quais 496.000 foram crianças (LUÍS, 2004 ap. MUNGOI, 2008).

Com os Acordos Gerais de Paz de 1992 consolidou-se o processo de constituição de uma sociedade democrática e multipartidária, abrindo-se novos caminhos para a reconstrução

¹⁴ No início da década de 90, o Banco Mundial (BM) classificou Moçambique como o país mais pobre do mundo, pois na óptica do BM o seu rendimento per capita tinha decrescido para cerca de 80 USD (INE, 2011).

¹⁵ O PRE-PRES são programas de estabilização e ajustamento estrutural, semelhante aos que foram implementados a partir do final da década 70 na maioria dos países da África subsaariana (FRANCISCO, 2003).

de uma nação devastada por uma guerra de 16 anos. Em Outubro de 1994 realizaram-se as primeiras eleições gerais e multipartidárias da história do país, tendo saído como vencedor o partido FRELIMO. Na altura das eleições o país possuía cerca de 15 milhões de habitantes, a esperança de vida à nascença era de 44,7 anos e a taxa de alfabetização adulta era de 33,5%. A mortalidade infantil (antes dos cinco anos) era de 273 por 1000 nados vivos, mas a fertilidade era muito elevada (6,3). Estimava-se que mais de 46% da população tinha menos de 15 anos de idade (UNDP, 1995).

A partir de 1995 iniciou-se uma série de mudanças políticas e institucionais que eram acompanhadas por um ambiente de tranquilidade política e relativa segurança social. O país já estava com uma economia totalmente virada para o mercado e começou-se a registrar um crescimento económico mais rápido e firme do que em anos anteriores. No âmbito da ação governamental um dos aspectos marcantes neste período foi a introdução do primeiro Programa Quinquenal do Governo¹⁶ (1995-1999), como resultado da experiência adquirida da implementação dos instrumentos de planificação anteriores¹⁷. O Plano Quinquenal do Governo (PQG) emerge com o objetivo central de redução da pobreza absoluta, por meio da promoção do desenvolvimento social e económico sustentáveis.

No período de vigência deste instrumento o país registrava uma incidência da pobreza estimada em 69,4% em 1996/7, indicando que mais de dois terços da população (11 milhões) viviam em estado de pobreza absoluta. Em termos espaciais, a incidência da pobreza era maior nas áreas rurais (71%) contra 62% nas áreas urbanas. Esta situação ganhava um dos seus contornos mais visíveis na desnutrição crônica entre crianças com menos de cinco anos de idade, particularmente nas áreas rurais, com os pobres e não pobres igualmente afetados (INE, 1998 ap. FRANCISCO, 2003).

O cenário em que se vivia evidenciava o quanto o crescimento económico que Moçambique vinha registrando na década 90 ainda não se fazia sentir na melhoria das condições sociais. O país apresentava um Índice de Desenvolvimento Humano baixo, situado na ordem dos 0,258 em 1997, como reflexo de um país que possuía uma taxa de alfabetização adulta estimada em 39,5% e uma esperança de vida de 42,3 anos (FRANCISCO, 2003).

De 1997 para a atualidade, diversas ações e transformações de ordem política, económica, social e cultural têm acontecido na sociedade moçambicana, nas quais o combate à pobreza emerge como o maior desafio. É no esteio da luta contra a pobreza que se introduz

¹⁶ Na atualidade está em execução o Plano Quinquenal do Governo (2010-2014), tendo-se executado outros dois planos quinquenais (2000-2004 e 2005-2009).

¹⁷ Dos instrumentos de planificação, para além dos já citados destacam-se o Plano Prospetivo Indicativo (PPI) em 1979; Programa de Ação Económica (PAE) em 1983.

o primeiro PARPA¹⁸ (2001-2005) no início da primeira década do século XXI. Este instrumento foi criado com o intuito de galvanizar ainda mais as ações de combate à pobreza, que constituem o maior desafio da governação em Moçambique. Como consequência dessas ações registraram-se ligeiras melhorias nas condições de vida dos moçambicanos. Entretanto, conforme a colocação de Villela (1999), a importância desses ganhos se reduz frente aos problemas que ainda não estão resolvidos.

Não obstante os seus ricos recursos naturais (carvão, gás, areias pesadas, madeira e possivelmente petróleo¹⁹, etc.) e da sua posição estratégica na região da África Austral, Moçambique é atualmente considerado um dos países mais pobres do mundo. Apesar do crescimento econômico²⁰ que se vem registrando ano após ano, 55% da população moçambicana ainda se encontra numa situação de extrema pobreza. Em relação à última avaliação feita em 2002/3 verifica-se que as taxas de pobreza mantiveram-se inalteráveis. As áreas rurais continuam sendo as mais fustigadas pela pobreza (MPD, 2010; INE, 2011; GM, 2012).

Estimativas sugerem que 52% dos moçambicanos ainda são analfabetos, não sabendo ler nem escrever. A situação torna-se mais gritante se avaliarmos em termos de analfabetismo funcional. No ano de 2010 a esperança de vida estava situada em 48,5 anos sem contar com a influência do HIV/AIDS. No mesmo ano a taxa de mortalidade infantil tinha sido estimada em 93 óbitos por mil nascimentos. Os dados apontam que 46,4% das crianças com menos de 60 meses estão atrofiadas (desnutrição crônica moderada), 18,7% têm insuficiência de peso e 6,6% sofrem de marasmo (desnutrição aguda). A incidência da desnutrição crônica severa é de 23% (MPD, 2010).

É mesclado neste contexto que a epidemia do HIV/AIDS vem evoluindo em Moçambique. Um contexto marcado por uma capacidade reduzida do Estado em absorver as demandas sociais, colocando milhões de pessoas em situação de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte.

¹⁸ Plano de Ação para Redução da Pobreza Absoluta. Neste momento está em vigor o PARP (2010-2014), tendo-se passado antes pelo PARPA II (2006-2009).

¹⁹ Ainda está na fase de estudos e prospecção, com algumas evidências a indicarem para a sua ocorrência na Bacia do Rio Rovuma na região Norte do País.

²⁰ A economia nacional cresceu a uma taxa média anual de 7,6% no período 2002-2009 (MPD, 2011).

2.1. Caracterização do Sistema Nacional de Saúde

O Sistema de Saúde em Moçambique é constituído pelo setor público (Serviço Nacional de Saúde), setor privado com fins lucrativos (clínicas e hospitais), o setor privado com fins não lucrativos (como as unidades sanitárias sustentadas por ONGs e confissões religiosas) (MISAU, 2007) e por serviços de medicina tradicional (MOSSE e CORTEZ, 2006).

O serviço público de saúde foi criado logo após a proclamação da independência em 1975. Este foi criado com o objetivo de colocar os serviços de assistência à saúde ao alcance de todos os moçambicanos e de forma não discriminatória. Antes da independência nacional estes serviços encontravam-se na sua maioria localizados nas áreas urbanas e viradas para uma população branca (FRELIMO, 1977). Tratou-se, na prática, de uma tentativa de expansão dos serviços e das estruturas a todos os moçambicanos e a todos os pontos do país (MOSSE e CORTEZ, 2006).

Dos setores existentes, o público é formado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), que constitui o principal prestador de serviços de saúde à escala nacional (MISAU, 2007). No entanto, o SNS sempre foi complementado pelos serviços de medicina tradicional, um setor que sempre existiu no nosso país e que perdura até ao presente (MARTINS, 2011). Paralelamente a estes dois setores, nos últimos tempos tem crescido a complementaridade por parte dos serviços privados e, serviços sem fins lucrativos (MOSSE e CORTEZ, 2006).

2.1.1. Serviço Nacional de Saúde (SNS)

O modelo atual do Serviço Nacional de Saúde foi criado em 1991, com o objetivo de garantir o direito à assistência médica e sanitária a todo o cidadão moçambicano. Este processo estava inserido no quadro da reforma institucional e da delimitação do setor público, em curso nos inícios da década de 90 em Moçambique²¹.

O SNS constitui o conjunto das unidades sanitárias de formação e outras, dependentes do Ministério da Saúde, incluindo as que foram nacionalizadas em conformidade com o Decreto-Lei nº 5/75, de 10 de Agosto, que concorrem para a prestação de cuidados de saúde à população. Estes serviços prosseguem os seus objetivos por meio de ações de promoção, prevenção, assistência e de reabilitação, recorrendo à formação e pesquisa como meio para o

²¹ Boletim da República Nº 52, Lei Nº25/91 de 31 de Dezembro do Conselho de Ministros.

seu desenvolvimento contínuo. As instituições do SNS têm funções de supervisão, fiscalização e de apoio técnico às unidades que lhes são de nível inferior, sejam elas do setor público sejam do setor privado.

Segundo MISAU (2007) para efeitos de assistência sanitária à população e de categorização hierárquica das instituições, o SNS organiza-se pelos seguintes níveis de atenção:

- i. **O nível primário:** corresponde aos Postos e Centros de Saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas unidades sanitárias constituem o primeiro contato da população com os serviços de saúde. O Centro de Saúde, tendo sob sua responsabilidade a saúde da população e do ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde²². Estes podem se classificar em rurais ou urbanos, dependendo da área de sua localização.
- ii. **O nível secundário:** é mais diferenciado e desenvolvido para apoiar o nível primário quer quanto aos problemas técnicos como organizacionais (MOSSE e CORTEZ, 2006). Este é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais e têm como função prestar Cuidados de Saúde Secundários e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos Centros de Saúde. O Hospital Distrital destina-se a servir de unidade hospitalar de primeiro nível de referência dos vários Centros de Saúde da sua zona de influência. Todavia, em casos de urgência, recebem diretamente doentes que efetuam o seu primeiro contato com o Serviço Nacional de Saúde.

A principal característica de um Hospital Rural, que o distingue dos Hospitais Distritais, é o fato de possuir condições para a realização de intervenções de grande cirurgia, para o internamento, e disponibilidade de serviços individualizados das quatro especialidades básicas: medicina interna, pediatria, cirurgia, obstetrícia e ginecologia (MOSSE e CORTEZ, 2006).

- iii. **O nível terciário:** é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções no nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes dos Hospitais Distritais e Centros de

²² Área de Saúde: unidade territorial com uma população variando entre (20.000 a 100.000) (100.000 a 200.000) habitantes, aproximadamente, servidos por um Centro ou Posto de Saúde (BR Nº 52, Lei Nº25/91 de 31 de Dezembro).

Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não tem Hospital Rural nem Geral para onde possam ser transferidos (MISAU, 2007).

As estruturas de saúde do nível terciário apoiam, supervisionam e coordenam o trabalho dos escalões inferiores. A este nível as ações médicas de caráter curativo incluem especialidades mais complexas como, por exemplo, para além das do nível secundário, as infectocontagiosas, cuidados intensivos, psiquiatria, dermatologia, medicina física, reabilitação, etc. (MOSSE e CORTEZ, 2006).

- iv. **O nível quaternário:** é composto pelos Hospitais Centrais, e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não tem Hospital Provincial, Rural nem Geral para onde possam ser transferidos. Neste nível situam-se também os Hospitais Especializados que prestam cuidados muito diferenciados de uma só especialidade. Estes hospitais só podem ser criados quando se prova que essa é a forma mais eficaz de prestação de cuidados dessa especialidade (MISAU, 2007).

Em Moçambique, os cuidados curativos do nível quaternário tem um caráter regional, uma vez que estão a cargo dos três Hospitais Centrais existentes nas cidades de Maputo, Beira e Nampula, sendo cada um responsável por uma região do território nacional (MOSSE e CORTEZ, 2006).

Segundo os mesmos autores, os Hospitais Centrais funcionam também como “Hospitais Provinciais” das províncias onde se localizam embora, não só recebam doentes nos casos referidos acima, podendo, contudo, em casos de urgência e outros motivos excepcionais, devidamente regulamentados, receber diretamente doentes que efetuem o seu primeiro contato com o SNS.

Fazem ainda parte do SNS as seguintes instituições: centros de higiene e exames médicos, instituições de formação profissional, laboratórios especializados, instituições de pesquisa e outras instituições que eventualmente venham a ser criadas ao abrigo da Lei Nº 25/91²³. Em 2006, o SNS contava com 1.338 unidades sanitárias de diferentes níveis, sendo 03 Hospitais Centrais, 07 Hospitais Provinciais 04, Hospitais Gerais, 35 Hospitais Rurais, 775

²³ Boletim da República Nº 52, Lei Nº25/91 de 31 de Dezembro do Conselho de Ministros.

Centros de Saúde (sendo 112 do tipo I, 334 do tipo II, 329 do tipo III) e 514 Postos de Saúde (MISAU, 2007).

É de referir que apesar de o número de unidades sanitárias estar a aumentar de ano para ano, uma parte significativa das mesmas está a funcionar muito abaixo dos critérios e requisitos mínimos estabelecidos, sobretudo no que concerne ao quadro de pessoal e infraestruturas básicas.

Outro fator problemático é o fato de o sistema de referência ter sofrido distorções que resultaram em grande medida da fraca operacionalidade das unidades mais periféricas. Este funcionamento abaixo dos padrões mínimos deveu-se essencialmente à guerra e à conjuntura econômica que o país vive nas últimas duas décadas. Nas unidades sanitárias esta situação caracteriza-se pela escassez crônica de insumos críticos para a prestação de cuidados de saúde, repercutindo-se negativamente na sua qualidade, sobretudo nas áreas rurais. Em consequência, o sistema de referência é na prática pouco funcional e frequentemente os utentes acedem ao SNS em qualquer dos níveis de atenção.

Em termos de recursos humanos, o SNS contava com um efetivo de 34.507 funcionários, sendo 18.587 da área específica. Destes, 863 são médicos e 9.507 são enfermeiros gerais e de saúde materno infantil (MISAU, 2007a). Todavia, Moçambique ainda está longe de atingir as metas recomendadas pela OMS, que seria de 230 profissionais de enfermagem, saúde materna infantil e médicos por cada 100 mil habitantes. Neste momento o país apresenta ainda 65 profissionais por cada 100 mil habitantes, cerca de um quinto do recomendável.

A despeito dos avanços e melhorias que se registraram nos últimos tempos, ainda se esta perante um Serviço Nacional de Saúde com uma fraca capacidade de resposta para as demandas por cuidados de saúde proporcionados pelos cerca de 22 milhões de moçambicanos.

2.2. Estado de Saúde da População Moçambicana

Junto à AIDS temos uma série de outras epidemias, como a tuberculose, malária – características de um país em desenvolvimento – que se somam a uma série de outras doenças e mazelas de desenvolvimento trazidas pela industrialização, como estresse, doenças cardíacas, acidentes de trabalho, produzindo uma combinação que pode facilitar a propagação do HIV (TERTO Jr., 1997).

O estado de saúde dos moçambicanos ainda não é dos melhores do Mundo, sendo caracterizado por um perfil epidemiológico tipicamente de um país em vias de desenvolvimento, com o predomínio de doenças infectocontagiosas como a malária, diarreias, doenças respiratórias e ultimamente, o HIV/AIDS (SCHWALBACH et al., 2004).

O padrão epidemiológico existente pode ser visto como resultado de um processo histórico, que se foi materializando ao longo do tempo em função de uma série de fatores de ordem estrutural e conjuntural, com influências no acesso aos serviços de saúde por parte da população e na capacidade de resposta por parte do Estado em absorver essas demandas.

Segundo Newitt (1995), até a década de 50, devido à falta de condições adequadas de saúde e higiene, a malária, a doença do sono, a lepra e a bilharziose eram doenças endêmicas, e um terço das crianças morriam durante a infância. De acordo com o mesmo autor, a malária e a doença do sono já constituíam grande preocupação para o Governo colonial português nas décadas anteriores, tendo por isso sido criadas unidades específicas para o seu combate nas décadas 30 e 40. Depois da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), outras doenças foram adicionadas àquela lista de prioridades, tais como bilharziose, tuberculose e lepra.

Entretanto, ainda que os graves problemas de saúde da população moçambicana não tivessem sido adequadamente confrontados no tempo colonial, as ações de saúde pública com impacto mais amplo foram às causas mais diretas do começo da diminuição da mortalidade a partir de 1950 (NEWIT, 1995). Este declínio fez com que a mortalidade se situasse em torno dos 32 óbitos em cada 1000 habitantes na década 50 (PNUD, 1998). Esta redução da mortalidade, ainda que gradual, teve algum impacto na aceleração do ritmo de crescimento demográfico nas últimas décadas do período colonial (NEWIT, 1995).

Embora a mortalidade tenha registrado algum declínio, o quadro epidemiológico da população moçambicana ainda estava longe de ser dos melhores. No período que vai de 1965 a 1970, a taxa de mortalidade era de 23‰, superior à média mundial de 14‰ e à da África que era de 20‰ (UN, 1970 ap. MAZULA, 1995).

A situação de precariedade em termos de acesso e assistência a saúde que a maioria da população moçambicana estava voltada na década de 60, é também confirmada por Francisco (2003) ao afirmar que a esperança de vida aumentou apenas 3.5 anos entre 1960 e 1970, e que o Estado colonial nunca teve como prioridade a melhoria do desenvolvimento humano da população moçambicana. Esta posição é reiterada por Martins (2011) ao afirmar que as características negativas da medicina colonial (em especial o seu caráter discriminatório) fizeram com que Medicina colonial tivesse pouco impacto na saúde dos moçambicanos.

A década 60 e 70 são marcadas pela Luta da Libertação Nacional (1964-1975), e alguns relatos apontam que foram conseguidas algumas melhorias no estado de saúde de parte da população moçambicana através dos cuidados de saúde prestados nas Zonas Libertadas²⁴ (MARTINS, 2011). Com a Independência Nacional em 1975, criaram-se as bases para a criação e organização de um Serviço Nacional de Saúde com uma política sanitária que priorizava a medicina preventiva e o combate as grandes endemias (FRELIMO, 1983). Com a ênfase na medicina preventiva pretendia-se alcançar a maioria da população do país, rural ou peri-urbana, através do estabelecimento de uma vasta rede de unidades e de agentes sanitários de base capazes de prestar cuidados de saúde elementares, bem como de promover a saúde pela educação e pela melhoria das condições de higiene (MENESES, 2004).

Um mês após a proclamação da independência, uma das primeiras medidas tomadas pelo novo Governo liderado pela FRELIMO foi à nacionalização da medicina a 24 de Julho de 1975. Por um lado esta decisão trouxe algumas consequências para o setor da saúde, na medida em que significou a partida de muitos médicos e enfermeiros de origem portuguesa²⁵. Resultou também no encerramento de certas unidades sanitárias e no funcionamento de algumas das unidades quase que em regime de urgência, provocado pelo grande afluxo por parte da população. Por outro, abriu espaço para a materialização do direito de acesso aos serviços de saúde para todos os moçambicanos de forma indiscriminada²⁶.

Para a operacionalização desta medida o Estado passou a afetar importantes recursos humanos e financeiros ao setor da saúde por forma a alargar os cuidados médicos à maior

²⁴ Zonas Libertadas constituem as primeiras partes do território moçambicano conquistadas pela FRELIMO durante a Luta de Libertação Nacional contra o colonialismo português. Nestas zonas foram instaladas algumas infraestruturas de saúde para prestar cuidados à população ali residente e aos combatentes. Estas zonas constituíam alvo preferido de bombardeamentos por parte da força aérea colonial portuguesa (MARTINS, 2011).

²⁵ Para suprir a falta de médicos nos primeiros anos pós-independência, o Governo da FRELIMO assinou acordos de cooperação com países socialistas como a Ex-URSS, Cuba, China, entre outros.

²⁶ O Decreto Presidencial Nº 1/75 de 29 de Julho estabelece em um dos seus parágrafos que esta decisão é necessária para colocar os serviços de saúde ao serviço das massas. Para realizar este objetivo era necessário nacionalizar todas as clínicas privadas e a criação de um Serviço Nacional de Saúde cujo objetivo seria de planificar todos os serviços médicos e sanitários disponíveis, e assegurar assistência sanitária a todos os cidadãos indiscriminadamente.

parte da população moçambicana, em especial nas áreas rurais, dando conteúdo à nacionalização da saúde feita logo após a independência (FRELIMO, 1983).

Nos primeiros cinco anos pós-independência uma série de ações foram realizadas para inverter o cenário epidemiológico que predominava (PNUD, 1998). No III Congresso da FRELIMO, reafirmou-se a necessidade de uma progressiva expansão dos cuidados de saúde para todo país, com especial enfoque para um sistema de proteção materno-infantil, a fim de se reduzirem as elevadas taxas de mortalidade materno-infantil (FRELIMO, 1977).

Foi neste período que se voltou a registrar um declínio da mortalidade, principalmente a infantil, como resultado das graduais melhorias das condições de saúde, educação e habitação (PNUD, 1998). No âmbito das ações que se iam desenvolvendo, a despesa do Estado para o setor da saúde cresce de 115 MT em 1977, para 185 MT em 1982, o que significou um aumento de 61%, ou seja, um crescimento médio anual superior a 8% (FRELIMO, 1983). Para corrigir as distorções criadas pelo colonialismo, o número de unidades sanitárias aumentou de 733 em 1977, para 1341 em 1982. O acréscimo mais significativo foi de Postos de Saúde os quais mais do que duplicaram, passando de 455 em 1977 para 933 em 1982.

Pelo peso que a malária representava nos casos de morbidade e mortalidade no país, foi criado o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) no ano de 1982 (MISAU, 2006). Ainda no âmbito das ações estatais na área da saúde, organizou-se uma Campanha Nacional de Vacinação, que atingiu uma cobertura de 95,7%. Esta campanha foi um passo decisivo para se declarar a Erradicação da Varíola em Moçambique (FRELIMO, 1983).

Entretanto, esse conjunto de ações ainda estava muito aquém das reais necessidades da população moçambicana em termos de cuidados de saúde. O quadro epidemiológico da população ainda se mostrava periclitante. Para além das doenças anteriormente citadas, a tuberculose, o sarampo, a poliomielite, etc., ainda faziam parte do cotidiano dos moçambicanos, ceifando milhares de vidas.

A essa situação soma-se o fato de ainda persistir uma falta de recursos para a consecução das ações de saúde, associada às dificuldades que o país atravessava (devido a Guerra Civil), exacerbada pelo aumento da demanda devido à guerra e a deficiência estrutural para atender a todos (GILIO e FREITAS, 2006). O período que vai de 1979 a 1983 chega a ser considerado por estes autores como “período negro” da história da enfermagem moçambicana, caracterizado pela má qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para agravar ainda mais o cenário que se vivia na década 80, foi descoberto o primeiro caso de AIDS no ano de 1986, na província nortenha de Cabo Delgado. A descoberta da

AIDS só veio agravar ainda mais o quadro epidemiológico existente e aumentar pressão sobre o já precário serviço público de saúde. Na altura da descoberta da AIDS, se por um lado as questões de ordem econômica constituíam a maior preocupação dos governantes, por outro existiam doenças que eram o cotidiano da população e sobre as quais as ações de saúde pública gravitavam.

Para além da já reduzida capacidade de resposta do Estado aos problemas de saúde da população, onde se tinha um Ministério da Saúde com grandes limitações em termos de recursos materiais, financeiros e humanos, particularmente para a área de gestão de programas (CASIMIRO et al., 2002 ap. MATSINHE, 2005), havia um conhecimento muito limitado da incidência e prevalência²⁷ da doença no seio da população moçambicana. A conjugação desses dois fatores fez com que o desencadear da resposta moçambicana ao HIV/AIDS se desse de forma tímida e incipiente, onde em termos práticos a doença ainda não era considerada prioritária pelas entidades estatais (MATSINHE, 2005).

O início da década 90 é marcado por uma série de transformações que ocorriam no país, tendo uma destas culminando com a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1991. Nesta altura o país encontrava-se com um dos piores setores de saúde do mundo (SCHWALBACH et al., 2004). A criação do SNS imprimiu uma nova dinâmica na conjugação de esforços que se estabeleciam para a melhoria do quadro epidemiológico vigente. Se por um lado conseguiu-se conter a propagação de algumas doenças, por outro foi possível verificar a falta de capacidade de resposta para outras.

Esta situação pode ser ilustrada pelo fato de Moçambique ter conseguido interromper a transmissão da poliomielite em 1993, objeto de um programa mundial de erradicação²⁸ (MISAU, 2007a). Por outro lado, em relação à tuberculose, desde 1993 que Moçambique passou a figurar na lista dos 22 Países do mundo considerados “*High burden countries*”, onde os índices da doença são bastante elevados, ocupando atualmente a 18ª posição de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (MISAU, 2007b).

Com vista a revitalizar ainda mais o setor é aprovada a Política do Setor da Saúde para 1995-1999 através da resolução 4/95 de 11 de Julho do Conselho de Ministros. Esta e outras ações trouxeram algumas melhorias na capacidade de resposta do setor, mas ainda com pouco reflexo na mudança do quadro epidemiológico. Em 1995 contava-se com cerca de 1300

²⁷ No meu entendimento, até aos dias de hoje, apesar dos avanços e melhorias que se conseguiu no sistema de vigilância epidemiológica em Moçambique, ainda se está longe de se conhecer a real dimensão e magnitude da epidemia do HIV/AIDS, principalmente quando se pretende trabalhar a escalas micro, sendo este um dos fatores que tem contribuído sobremaneira para o desconcerto das ações de resposta ao HIV/AIDS em Moçambique.

²⁸ Possivelmente a interrupção desta doença deveu-se mais a uma ação concertada das agências internacionais do que da capacidade interna de resposta.

unidades sanitárias operacionais, o que permitiu que 39% da população tivesse acesso aos serviços de saúde, ainda que com variações significativas. Em 1996 existia uma média de 24.561 habitantes por Posto de Saúde, 78.338 habitantes por Centro de Saúde e, 667.961 habitantes por cada Hospital Rural. Em termos de disponibilidade de pessoal técnico de saúde, estima-se que em 1996 existia a disponibilidade de um técnico superior e um técnico básico para 4505 habitantes (INE, 1998 ap. PNUD, 1998).

No rol destas melhorias, registraram-se reduções na taxa de mortalidade infanto-juvenil, apesar desta ainda se encontrar a níveis preocupantes. Houve uma redução de 245,3 mortes em cada 1000 nascidos vivos em 1997 para 138 por mil em 2008. A taxa de mortalidade infantil²⁹ também reduziu de 143,7 mortes por mil nascidos para 93 mortes por mil entre 1997 e 2008. A taxa de mortalidade materna reduziu de 692 para 500 mortes em cada cem mil nascimentos vivos entre 1997 e 2007 (MPD, 2011). Em termos de taxas de mortalidade geral (de 21,2 em 1997 para 17,2 por mil habitantes em 2003) e a esperança de vida ao nascer (de 42,3 em 1997 para 46,3 anos em 2003), embora não reflitam o impacto da epidemia do HIV/AIDS (MISAU, 2007b). Em termos globais, a percentagem de famílias com acesso a uma unidade sanitária a menos de 45 minutos a pé, aumentou de 54,5% em 2002-03 para 65,2% em 2008-09 (MPD, 2010).

Pese embora estes avanços, passados estes 37 anos de Independência Nacional, mais do que caracterizado por um quadro epidemiológico típico dos países pobres, verifica-se a existência de um quadro epidemiológico misto. Por um lado tem-se às doenças agudas transmissíveis (malária, tuberculose, cólera, e outras doenças diarreicas), todas elas agravadas pela má nutrição, que pode ser explicado pela situação de pobreza em que vive a maioria da população e, pela ainda limitada capacidade de resposta do sistema de saúde. Por outro se observa o aumento de patologias como hipertensão, diabetes, obesidade, típicas de sociedades economicamente mais ricas.

Das doenças agudas e transmissíveis a malária constitui o grande problema de saúde pública em Moçambique. Ela ainda é hiper-endêmica (MISAU, 2007a) sendo a principal causa de problemas de saúde, responsável por 40% de todas as consultas externas. Até 60% de doentes internados nas enfermarias de pediatria são admitidos como resultado da malária severa. É também a principal causa de mortalidade nos hospitais em Moçambique, ou seja, de quase 30% de todos os óbitos registrados (MISAU, 2006).

²⁹ A taxa de mortalidade entre as crianças é usualmente considerada como sendo uma reflexão da extensão e impacto dos níveis prevalentes de pobreza e como um indicador representativo do desenvolvimento sócio económico (MISAU, 2007).

A tuberculose continua como uma das principais doenças endêmicas em Moçambique, com incidência de 1025 casos por cada 100.000 habitantes em 2004 (MISAU, 2007a). O número de casos de tuberculose associados ao HIV aumentou de forma dramática nos últimos cinco anos, visto que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum nas pessoas vivendo com o HIV/AIDS. Pelo menos metade dos doentes com tuberculose também têm infecção pelo HIV (MISAU, 2007b).

Enquanto a lepra foi eliminada no ano de 2008 como problema de saúde pública, estimando-se em 0,5 casos por 10.000 habitantes (MISAU, 2009), o Sarampo voltou a ressurgir no primeiro semestre de 2010. Em 2010 verificaram-se casos de sarampo dos quais 230 (45,2%) foram positivos para o sarampo, o que indicava que se tinha de realizar uma Campanha de Sarampo no ano de 2011 (MISAU, 2010).

Das doenças não transmissíveis verifica-se a prevalência de Hipertensão Arterial, principal fator de risco para o Acidente Vascular Cerebral (AVC/Trombose), na população adulta moçambicana, estimando-se em 34,9% e, no Hospital Central de Maputo regista-se em média 02 Acidentes Vasculares Cerebrais por dia. Paralelamente verifica-se a prevalência da Diabetes Mellitus, que é de 3,7% com tendência a aumentar. A Taxa de Incidência Geral de Cancro em 2008 foi de 55,3/100.000 habitantes e os Cancros do Colo do Útero e da Mama foram a 1ª e 3ª causa de cancro na mulher adulta moçambicana. No sexo masculino, o Sarcoma de Kaposi foi a 1ª causa de cancro seguido pelo Cancro de Esófago (MISAU, 2009).

É mesclado nesse contexto misto que a epidemia do HIV/AIDS tem evoluído na sociedade moçambicana. Possivelmente sendo considerada pela população como somente mais uma das tantas doenças a que elas se encontram vulneráveis, criando-se dessa forma um ambiente que pode facilitar a propagação do HIV.

3. A EPIDEMIA DO HIV/AIDS VISTA DO GLOBAL AO LOCAL

3.1. PANORAMA MUNDIAL E REGIONAL

Mais do que expor dados exaustivos, o que se pretende é dar subsídios para uma problematização da epidemia na África Austral (PASSADOR e THOMAZ, 2006).

A epidemia do HIV/AIDS representa na atualidade um fenômeno global, dinâmico e instável, ocorrendo de forma distinta nas diferentes regiões do mundo (BRITO et al., 2000). Ela é o somatório de dezenas de epidemias que acontecem simultaneamente, acometendo diversos segmentos da sociedade, com padrões de disseminação e velocidades distintos, condicionados por um expressivo número de diferentes fatores concorrentes (MANN et al., 1993).

Desde o surgimento dos primeiros casos em 1981, apesar de se ter conseguido ganhos consideráveis, os dados do Relatório Global de 2011 da ONUSIDA mostram que cerca de 2,7 milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo HIV no final de 2010. Neste mesmo ano, cerca de 1,8 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS. Em termos de prevalência estima-se que até o final de 2010 aproximadamente a 34 milhões de pessoas estivessem a viver com o HIV (ONUSIDA, 2011), o que representa um aumento em relação as 32,8 milhões de pessoas referentes ao ano de 2008 (ONUSIDA, 2010). Esta situação reflete o contínuo grande número de novas infecções, adoecimentos e mortes pelo HIV/AIDS em determinados países³⁰, mas também uma expansão significativa do acesso ao tratamento anti-retroviral, que tem ajudado a reduzir as mortes relacionadas à AIDS nos últimos anos, em outros países³¹ (ONUSIDA, 2011).

Em termos planetários, o maior número de pessoas vivendo com o HIV/AIDS encontra-se no continente africano. No contexto deste continente, a África subsaariana continua sendo a região do globo onde a AIDS se faz sentir com maior severidade. No ano de 2010, 68% de todas as pessoas com HIV/AIDS viviam nesta parte do mundo, uma região onde residem somente 12% da população mundial. Esta situação até poderia ser considerada

³⁰ Na África do Sul, o acesso a anti-retrovirais era limitado na rede pública até 2003. De em torno de 500 mil pacientes em potencial, somente entre 20 mil e 40 mil recebiam o tratamento, a maioria por rede privada. Os antirretrovirais estavam limitados à prevenção de transmissão materno-infantil e à profilaxia pós-contato (NM/HSRC, 2004 ap. PASSADOR e THOMAZ, 2006).

³¹ Contrariamente a situação que se observava na maioria dos países africanos, alguns autores (DONEDA, et al., 2002) apontam que no final da década 90, no Brasil, mais ou menos 100 mil pacientes já faziam o uso de anti-retrovirais, e as estimativas apontavam que no final de 2001, cerca de 115 mil pacientes estivessem sendo atendidos pelo sistema de distribuição sustentado pelo SUS.

um paradoxo, somente 12% da população mundial, mas 68% de todas as pessoas com HIV/AIDS. Mas possivelmente deixa de ser um paradoxo se nos recordarmos que é na África subsaariana onde estão concentrados os países mais pobres do mundo, com capacidades internas muito limitadas para absorver uma série de demandas sociais. Como afirmam Villela e Barden-Maarden (2007) são os países com uma epidemia generalizada que contam com menores recursos técnicos e financeiros para enfrentar a epidemia.

No ano de 2010 a África subsaariana foi também a região do mundo responsável por cerca de 70% de todas as novas infecções por HIV, o que pode significar que ainda há muito a se fazer na área da prevenção (ONUSIDA, 2011). Neste continente a principal via de transmissão continua sendo a heterossexual, e as mulheres se destacam como as mais propensas a se infectar pelo HIV. Os dados mais recentes mostram que se infectam 15 mulheres por cada 10 homens. Metade das pessoas que vivem com HIV a nível mundial são mulheres e 79% vivem nesta parte de África (ONUSIDA, 2011).

Entretanto, no contexto da África subsaariana verificam-se algumas variações espaciais consideráveis na forma como a epidemia se espraia, sendo a África Austral³² a região mais afetada (PASSADOR e THOMAZ, 2006; ONUSIDA, 2011). Em 2009 estimava-se que 11,3 milhões de pessoas viviam com HIV na região Austral de África, quase um terço (31%) a mais em relação à cifra de 8,6 milhões de pessoas soropositivas que havia nesta região uma década antes (ONUSIDA, 2010).

No ano de 2009, a África Austral foi responsável por 31% das novas infecções a escala mundial e, foi onde ocorreram 34% de todas as disfunções relacionadas à AIDS. É ainda nesta região onde está localizado o país, África do Sul, com o maior número de pessoas que vivem com HIV (estimado em 5,6 milhões), uma cifra maior que qualquer outro país no mundo (ONUSIDA, 2011). Nesta região, a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica da epidemia, onde a grande maioria das novas infeções se dá através da prática de relação sexual desprotegida entre homens e mulheres (JACKSON, 2004).

No entendimento da ONUSIDA (2011), a relação sexual sem proteção com múltiplos parceiros continua sendo o principal fator de risco de infecção. Um estudo desenvolvido por Anand et al. (2009) ap. ONUSIDA (2011), indica que parte considerável das pessoas que vivem com o HIV mantém relações estáveis, tendo como exemplos os caso do Kenya (62%) e Malawi (78%). No mesmo diapasão, a investigação realizada por Magaret (2008) ap.

³² Região do continente africano constituída pelos seguintes países: Angola, Botswana, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Swazilândia, Zâmbia e Zimbábwe (ARASA, 2009).

ONUSIDA (2010), em 12 países da África Oriental e Austral sugere que as prevalências em parceiros soro discordantes são altas, oscilando entre 36% e 85%.

Apesar destas constatações, ainda são quase que inexistentes programas voltados para mulheres, casais ou pessoas em relacionamentos fixos, como também o são programas que atendam a casais sorodiscordantes (ONUSIDA, 2010b).

De uma maneira geral, observam-se nesta parcela de África duas tendências em termos da dinâmica de disseminação espacial da epidemia. Por um lado as epidemias em Botsawana, Namíbia e Zâmbia parecem estar com uma tendência decrescente enquanto que as epidemias em Lesotho, Swazilândia e Moçambique parecem ter estabilizado, só que em níveis inaceitavelmente altos (ONUSIDA, 2011).

Ainda que cada um dos países da África Austral apresente características específicas, Passador e Thomaz (2006) alertam para o fato de que a epidemia da AIDS nesta região deve ser compreendida de forma sistêmica. Esta colocação sustenta-se no fato de se verificarem altas taxas incidência e prevalência do HIV/AIDS nas áreas fronteiriças entre os países, que se deve em parte aos deslocamentos populacionais históricos e contínuos entre países e que resultam também em trocas culturais e de saberes “tradicionais” relativos às doenças. Este cenário resulta num desenho epidemiológico que não se define pelas fronteiras nacionais.

Se por um lado às novas infecções permanecem mais altas entre as mulheres, por outro se verifica que em termos de grupos etários há uma alta incidência e prevalência entre adolescentes e jovens dos 15 aos 24 anos (UNAIDS, 2011). Em 2008, cerca de 40% das novas infecções entre as pessoas com idades a partir dos 15 anos ocorreram no grupo etário dos 15 aos 24 anos. Todos os dias quase 3000 jovens se infectam por HIV (ONUSIDA, 2010c). A África subsaariana alberga quase 2/3 (61%) de todos os jovens que vivem com o HIV (3,28 milhões), sendo 76% do sexo feminino (FNUAP, 2008).

A despeito destes elevados números de jovens que vivem com o HIV, a prioridade atribuída à prevenção da transmissão do HIV nesse grupo populacional ainda é insuficiente (FNUAP, 2008). A maioria dos jovens ainda tem acesso inadequado a serviços de saúde de qualidade, incluindo programas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, testagem para HIV e disponibilização de preservativos (ONUSIDA, 2010b).

Paralelamente aos altos níveis de infecção, quase metade das mortes por doenças relacionadas com a AIDS ocorreram nesta parte de África no ano de 2010. A AIDS tem causado quase um milhão de mortes por ano na África Subsaariana desde 1998³³ (ONUSIDA,

³³ Contrariamente a situação que se observa na maioria dos países africanos, os resultados da Resposta Brasileira a AIDS já se fazia sentir numa grande redução da mortalidade. Entre os anos de 1997 e 2000, reduziu-se a

2010). Para certos autores (AYRES et al., 1999; 2012; VILLELA e BARDEN-MAARDEN, 2007), a situação que vem sendo descrita, evidencia o quanto a AIDS tem vitimado os países menos preparados e com menos recursos para fazer frente à epidemia, colocando milhões de pessoas em situação de acentuada vulnerabilidade.

A escassez de fundos, a fragilidade dos sistemas de saúde, os altos custos dos anti-retrovirais (especificamente os fármacos da segunda e terceira linha), a escassez de fármacos e equipamentos, assim como a capacidade insuficiente dos recursos humanos são algumas das limitações que afetam os países da África subsaariana (OPS, UNICEF e ONUSIDA, 2009).

3.2. Cenário Epidemiológico do HIV/AIDS em Moçambique

O primeiro caso de AIDS em Moçambique foi diagnosticado em 1986. Dois anos depois, o Ministério da Saúde (MISAU), através do Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV/SIDA, estabeleceu, em 1988, um Sistema de Vigilância Epidemiológica. Esta consiste na testagem periódica de mulheres grávidas, em relação ao HIV, em unidades sanitárias selecionadas como Postos Sentinela, como forma de estimar a prevalência nacional, regional e provincial, na população adulta. Os dados são recolhidos num período máximo de 03 meses, numa amostra por Posto Sentinela de 300 mulheres grávidas que se apresentam consecutivamente na sua primeira consulta pré-natal (GTM, 2008).

Desde a instalação do primeiro Posto no Hospital Geral José Macamo na cidade de Maputo, o número foi evoluindo gradualmente ao longo da década 90 até o país passar a contar com 36 postos no ano de 2001, sendo 19 urbanos e 17 rurais. Foi fundamentalmente através das informações fornecidas pelos Postos Sentinelas de Vigilância Epidemiológica que se passou monitorar a evolução da epidemia e a orientar todas as ações de resposta contra o HIV/AIDS nesses quase 25 anos da epidemia em Moçambique.

Os dados da prevalência fornecidos por este sistema de vigilância epidemiológica mostram uma prevalência nacional de 12,2% no ano de 2000, que evoluiu para 16% em 2007. Em termos provinciais observa-se que a província de Gaza no Sul de Moçambique apresentava a maior taxa de prevalência, estimada em 27% em 2007 (vide a tabela 1).

Entretanto, devido às limitações deste sistema de vigilância epidemiológica, no ano de 2009 foi introduzido e realizado o INSIDA (Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos

prevalência de infecções oportunistas e 234 mil internações foram evitadas, significando mais sobrevivência para as pessoas que vivem com AIDS e uma economia ao país de cerca de 711 milhões de dólares em assistência médica (DONEDA, et al., 2002).

Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique). Este inquérito efetuou a recolha de amostras de sangue junto dos inquiridos (tanto homens como mulheres) de 0-64 anos elegíveis para o inquérito, tendo em vista estimar a prevalência da infecção por HIV na população moçambicana em geral.

O INSIDA tinha como um dos objetivos a determinação da prevalência da infecção por HIV na população moçambicana. Este surge da necessidade de complementar os dados do sistema anterior e da necessidade de planificar as ações de resposta na base de evidências científicas do mais alto padrão de qualidade (INE e MISAU, 2010).

Os resultados do INSIDA indicam que 11,5% dos moçambicanos adultos de 15-49 anos estão infectados por HIV. Estes resultados vêm consubstanciar o padrão de disseminação da epidemia que já vinha sendo observado nas Rondas de Vigilância Epidemiológica realizadas nos anos anteriores. No geral, a maior prevalência verifica-se entre as mulheres (13,1%) contra 9,2% dos homens. A prevalência é mais elevada entre as mulheres que entre os homens em ambas as áreas (urbana e rural). Prevalência mais alta é encontrada nas áreas urbanas (15,9%), quando comparada com as áreas rurais (9,2%).

Este alto nível de prevalência faz com que Moçambique seja considerado um país com uma epidemia generalizada³⁴ (CNCS, 2010). A epidemia generalizada ocorre nos países onde a infecção pelo HIV deixou de ser restrita a subpopulações de comportamento de risco, que apresentam elevadas taxas de prevalência da infecção, e a prevalência entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal mostra-se igual ou superior a 5% (BRITO, 2000).

Quanto à idade e o sexo, a prevalência específica da infecção por HIV mostra que a prevalência entre as mulheres e os homens cresce com a idade até atingir o pico, que para as mulheres é entre os 25-29 anos (16,8%) e para os homens na faixa etária de 35-39 anos (14,2%).

Em termos da dinâmica do padrão de disseminação espacial da epidemia, notam-se algumas diferenças entre as três grandes regiões do país. No Norte, a prevalência tem sido consideravelmente mais baixa (5,6%) comparativamente ao resto do país, com uma tendência estável. A região Centro tem prevalência (12,5%) relativamente maior, com uma tendência levemente decrescente enquanto que na região Sul é onde se regista a maior prevalência (17,8%), com uma tendência crescente (INS, 2009 ap. INE e MISAU, 2010).

³⁴ Na tentativa de descrever as principais características da dinâmica epidemiológica da AIDS no mundo, várias tipologias têm sido propostas. A mais recente, e que melhor traduz o atual momento da epidemia, define três tipos: nascente (ou baixo nível), concentrada (médio) e generalizada (alta) (BRITO, 2000).

Não obstante essas diferenças regionais, quando se avalia a tendência da epidemia ao longo do tempo e numa perspectiva global do país, parece que a mesma está a entrar numa fase de estabilização. Entretanto, enquanto a região Norte parece estar a atingir a estabilização a uma relativa prevalência baixa, na região Centro parece estar a ocorrer o mesmo fenómeno, só que a níveis altos. A região Sul mostra uma tendência ligeiramente crescente (vide os dados da tabela 1) (GTM, 2008).

TABELA 1: Evolução das Taxas de Prevalência do HIV/AIDS em Moçambique (2000-2010)

PROVÍNCIAS	RONDA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA					INSIDA
	2000	2001	2002	2004	2007	2010
Maputo Cidade	13%	17%	18%	21%	23%	16,8%
Maputo Prov.	14,3%	16%	18%	22%	26%	19,8%
Gaza	16%	19%	21%	25%	27%	25,1%
Inhambane	9,6%	8%	9%	10%	12%	8,6%
Sofala	18,7%	25%	24%	24%	23%	15,5%
Manica	21,1%	18%	17%	16%	16%	15,3%
Tete	19,8%	16%	15%	14%	13%	7%
Zambézia	12,7%	16%	17%	18%	19%	12,6%
Nampula	5,2%	8%	9%	9%	8%	4,6%
Cabo Delgado	6,4%	8%	9%	9%	10%	9,4%
Niassa	6,8%	6%	7%	8%	8%	3,7%
NACIONAL	12,2%	14%	15%	16%	16%	11,5%

Fonte: GTM (2008); INE e MISAU (2010)

Quando se analisa por áreas de residência (rural-urbano), verifica-se que o risco de infecção por HIV é significativamente maior entre os residentes das áreas urbanas (15,9%) em relação aos residentes em áreas rurais (9,2%). Estes resultados são válidos para ambos os sexos: a prevalência entre as mulheres residentes nas áreas urbanas é de 18,4%, comparativamente a 10,7% da prevalência entre as mulheres residentes nas áreas rurais; a prevalência entre homens residentes nas áreas urbanas é de 12,8%, comparativamente a 7,2% nas áreas rurais (INE e MISAU, 2010).

Um fato curioso em relação aos dados que o INSIDA nos revela, é a alta prevalência do HIV em indivíduos com nível de escolaridade mais alto e naqueles que vivem em agregados de nível económico mais elevado (INE e MISAU, 2010). Ainda que estes dados tenham que ser observados com algum vagar, na medida em que nos revelam um estado e não uma tendência, estes estão na contramão do fenómeno denominado por alguns autores de *pauperização da AIDS*, que parece estar em curso em alguns países como é o caso do Brasil (cf. BRITO et al., 2000; PARKER e CAMARGO Jr., 2000).

No que concerne à incidência do HIV, apesar do alerta da ONUSIDA de que é necessário revolucionar as políticas e práticas de prevenção do HIV no sentido de mudança do debate sobre HIV, deslocando o foco da prevalência para a incidência³⁵ (ONUSIDA, 2010b), a testagem para HIV feita pelo INSIDA em Moçambique só mede a prevalência do HIV e não a incidência da infecção pelo mesmo vírus, limitando assim qualquer possibilidade de relacionar as novas infecções com outras características individuais (INE e MISAU, 2010).

Com a dificuldade de se medir direta e facilmente a incidência do HIV na população, esta medida tem vindo a ser estimada indiretamente através dos dados de prevalência (PNUD, 2007). Para se obter um panorama da incidência do HIV em Moçambique, recorre-se as Rondas de Vigilância Epidemiológica. As estimativas feitas a partir da RVE de 2007 sugerem que o número de novas infecções diárias do HIV em adultos com pelo menos 15 anos de idade estimava-se em 355 no ano de 2008.

Ao se desagregar este valor por regiões, verifica-se que o número de novas infecções diárias em adultos é maior na região Centro de Moçambique com aproximadamente 180 casos diários, seguida da região Sul com aproximadamente 120 casos e, a região Norte com aproximadamente 55 casos diários. Segundo os mesmos autores, as projeções indicavam que quase metade das novas infecções ocorreria na região Centro do país, devido à alta prevalência e ao número elevado da população desta região.

No rol das estimativas da Ronda de Vigilância Epidemiológica, previa-se que ao longo do ano de 2008 aproximadamente 92 mil pessoas iriam morrer por causa do HIV/AIDS em todo o país, ocorrendo o maior número de mortes na região central, com 54 mil óbitos. Como resultado dos óbitos, estimava-se que em todo país existiriam 382 mil órfãos maternos devido a AIDS.

³⁵ No entendimento da ONUSIDA, esta mudança permitiria que passássemos a identificar focos de transmissão, empoderar pessoas, especialmente os jovens, para que possam exigir e apropriar-se da resposta e incentivar os líderes políticos a enfocarem populações e programas que farão a diferença na redução de novas infecções (ONUSIDA, 2010b).

3.3. Situação do HIV/AIDS entre os Jovens

Em Moçambique, em termos legais considera-se de jovem todo indivíduo moçambicano do grupo etário dos 15 aos 35 anos³⁶. Esta concepção de juventude a partir da faixa etária, ainda que conste em uma série de instrumentos que deveriam servir de base para orientação de determinadas políticas públicas direcionadas para os jovens, ela tem tido uma aplicabilidade prática muito reduzida, principalmente em setores como educação e saúde.

Uma série de políticas, programas e projetos voltados para este segmento populacional tem se norteado pela concepção utilizada pelas Nações Unidas (OMS, UNAIDS e UNFPA), onde os jovens são definidos como aqueles indivíduos do grupo etário dos 15-24 anos. As Nações Unidas apesar de reconhecerem que o uso e os significados dos termos “adolescentes”, “jovens” e “pessoas jovens” variam em diferentes sociedades do mundo em função do contexto político, econômico e cultural, algumas das suas agências utilizam de forma uniforme as seguintes categorias: adolescentes vão dos 10 aos 19 anos de idade (adolescência prematura 10-14 anos e adolescência tardia 15-19 anos); jovens dos 15-24 anos de idade; pessoas jovens dos 10-24 anos de idade (UNFPA, 2005).

Para Alpízar e Bernal (2003), este critério utilizado pelas Nações Unidas acaba concebendo os/as jovens como um dado estatístico, onde estes e estas se convertem em um grupo homogêneo integrado por todas as pessoas que coincidem em um grupo de idade definido por cortes que em alguns casos são arbitrários e em outros respondem a interesses de controle populacional ou de inserção produtiva. No entendimento destas autoras este critério generaliza as características ou comportamentos a todas as pessoas jovens, invisibilizando a diversidade de condições, necessidades e realidades.

No mesmo diapasão, Leon (2004) afirma que a categoria etária não é suficiente para a análise do adolescente e do jovem, sendo necessária para marcar algumas delimitações iniciais e básicas, mas não para orientá-las no sentido de homogeneizar estas categorias etárias para o conjunto de sujeitos que tem a mesma idade em um determinado período.

O uso do recorte etário dos 15-24 anos por algumas instituições moçambicanas pode ser explicado pelo fato de a maior parte dos projetos e programas voltados para este grupo populacional ser financiado por Instituições Internacionais. O Programa Geração Biz que é o maior programa de prevenção do HIV voltado para o adolescente e jovem existente em Moçambique, constitui um dos exemplos mais eloquentes dessa situação. No âmbito deste programa os jovens são definidos como a pessoa com idade entre 15-24 anos (PGB, 2004).

³⁶ Resolução Nº 32/2006 de 21 de Setembro, Boletim da República Nº 38 de 21/9/2006.

Porque o presente trabalho tem como objeto de análise as ações de prevenção desenvolvidas por este programa, optou-se por trabalhar com este recorte e não com outras concepções de juventude. A opção pelo grupo etário dos 15-24 anos, já vem se tornando uma convenção em determinados países (ABRAMO, 2011).

Esta concepção (15-24 anos) esta centrada numa abordagem demográfica sobre juventude, onde esta corresponderia ao arco de tempo em que, de modo geral, ocorre o processo relacionado à transição para a vida adulta. Diferentes autores e diversas instituições de pesquisa têm trabalhado com este recorte, sem deixar de alertar para a necessidade de sempre relativizar tais marcos, uma vez que as histórias pessoais, condicionadas pelas diferenças e desigualdades sociais de muitas ordens, produzem trajetórias diversas para indivíduos concretos (ABRAMO, 2011).

É centrado neste entendimento que os setores da Educação e Saúde³⁷ de Moçambique têm atuado. No setor da Saúde, é em função desta concepção de juventude que os dados epidemiológicos referentes a este segmento populacional se encontram desagregados.

Tendo como base esta concepção, os dados do último RGPH de 2007 estimam que em Moçambique os jovens dos 15-24 anos constituíam cerca de 20% da população moçambicana (INE, 2010). Este constitui um dos segmentos mais afetados pelo HIV/AIDS, com uma taxa de prevalência estimada em 11,1% entre as mulheres contra 3,7% entre os homens. Esta tendência de uma prevalência mais elevada entre as mulheres está em consonância com a tendência que se verifica na prevalência da população geral do país.

Estes altos índices de soroprevalência entre os jovens já vem sendo constatadas ao longo do tempo pelas Rondas de Vigilância Epidemiológica que vem sendo aplicadas de forma sistemática desde os anos 2000/01. Na Ronda de 2007 a maior taxa de prevalência encontrada entre os jovens foi de 35% na cidade de Quelimane, província da Zambézia, no Centro de Moçambique. A menor prevalência encontrada foi de 3% no distrito de Mavago na província do Niassa, no Norte de Moçambique (GTM, 2008).

A prevalência neste segmento populacional cresce com a idade, de 4,8% para 15,1% entre os 15-17 anos e 23-24 anos nas mulheres jovens e de 1,7% para 6,8% entre 15-17 anos e 23-24 anos nos homens (INE e MISAU, 2010). A transmissão heterossexual continua a sendo a principal via de contaminação por HIV entre os jovens. Os dados do INSIDA mostram que um quarto dos jovens de 15-24 anos de idade referiu ter tido relações sexuais antes dos 15

³⁷ No Plano Econômico e Social do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde Escolar do Adolescente e Jovem implementado pelo Ministério, o adolescente é definido com sendo aquele dos 10-19 anos, o jovem como aquele dos 15-24 anos (MISAU, 2009).

anos, o que pode constituir uma evidência de que os jovens têm iniciado com a prática de relações sexuais em idade mais reduzidas.

Esta constatação sobre o início cada vez mais cedo de relações sexuais por parte dos jovens, é também sustentada por outros inquéritos de âmbito nacional como o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2003 e Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008. Os dados do MICS revelam que 29% das raparigas com idades compreendidas entre os 15-19 anos tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade. Este dado é semelhante ao registado pelo IDS 2003 (28%).

Quanto ao estado civil, verifica-se que entre as mulheres jovens divorciadas/separadas e viúvas a prevalência é de 25,8%, comparativamente a 11,1% entre as jovens casadas. Em termos de variação espacial por província, observa-se uma prevalência mais alta entre as mulheres jovens da província de Sofala³⁸ (20,8%).

Ao se analisar a prevalência entre a população jovem que já teve relações sexuais, verifica-se que as mulheres cujos parceiros sexuais eram 10 anos ou mais velhos apresentam uma prevalência mais elevada, apesar de o número dessas mulheres ser tão pequeno que os resultados possam deixar de ser estatisticamente significativos (MISAU e INE, 2010).

No concernente aos conhecimentos verifica-se que quase 98% dos jovens já ouviu falar do HIV, com diferenças não significativas entre homens e mulheres (98% contra 97,5%). Os jovens residentes nas áreas urbanas tem um conhecimento maior em relação aos das áreas rurais (91% contra 86%). Este nível de alto conhecimento que se apregoa que os jovens já possuem, já tinha sido constatado por alguns inquéritos anteriores de âmbito nacional, como é o caso do INJAD em 2001.

Neste inquérito, quando questionados os jovens se já tinham ouvido falar da AIDS, 79,1% das mulheres e 82,2% dos homens afirmaram que sim. Entretanto de 2001 para atualidade o que se constata é a estabilização das taxas de incidência entre este segmento populacional, mas a níveis altos. Este cenário remete-nos para uma situação em que se tem de problematizar melhor o significado de já ter ouvido falar da AIDS e, como é que isso se traduz em práticas de relações sexuais mais seguras em função de diferentes aspectos contextuais que norteiam as relações humanas.

Quando confrontados sobre os métodos de prevenção, os/as jovens indicaram o uso do preservativo e a limitação do parceiro sexual a um único parceiro não infectado, como os métodos mais indicados para redução do risco de infecção (62,7% e 63,5%).

³⁸ Província localizada na região central de Moçambique e onde se localiza a unidade espacial de análise do presente estudo.

Quando a questão do conhecimento é alargada para a dimensão chamada pelo INE e MISAU (2010) de “conhecimento abrangente³⁹” sobre HIV/AIDS, verifica-se que o número de jovens com conhecimento abrangente reduz significativamente, sendo de 35,7% entre as mulheres e 33,7% entre os homens. Os dados indicam ainda que o número de jovens com conhecimento abrangente vai aumentando à medida que se aumenta o nível de escolaridade dos mesmos.

De uma forma geral, os jovens dentro da escola tem um conhecimento maior em relação aos que estão fora da escola (89,8% contra 78,1%). Esta situação sugere que há necessidade de se aprofundar as ações de prevenção voltadas para os jovens fora da escola.

Quanto a parceiros múltiplos, o INSIDA nos indica que 4,2% das mulheres jovens tiveram dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito. Destas, somente 33,1% relataram ter usado o preservativo na última relação sexual. No concernente aos homens, 16,4% afirmaram ter tido duas ou mais parceiras e, somente 37,2% é que usaram o preservativo na última relação sexual.

É mais ou menos este o cenário que os números sobre o HIV/AIDS nos revelam em relação às pessoas consideradas jovens em Moçambique, evidenciando o quanto este segmento populacional ainda necessita de ações mais enérgicas e consentâneas para se enfrentar à epidemia.

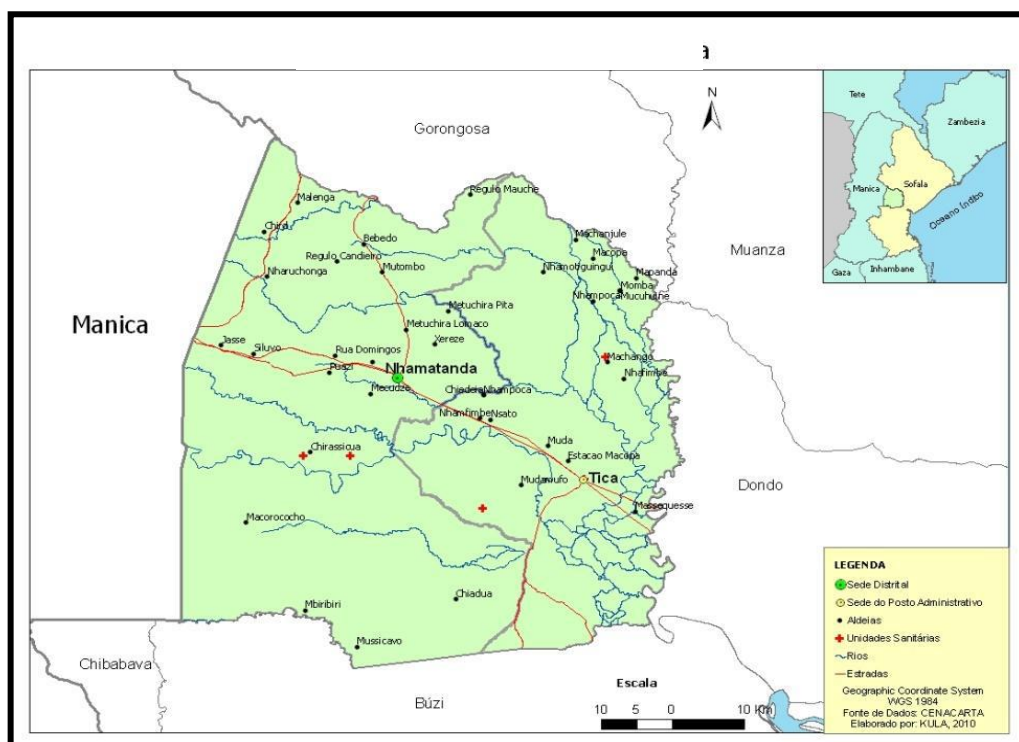
³⁹ Conhecimento abrangente é um indicador sintético que inclui saber que o uso consistente do preservativo durante as relações sexuais e ter somente um parceiro sexual não infectado e que seja fiel, podem reduzir o risco de infecção; saber que uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora do HIV e; rejeitar as duas concepções mais erradas comuns sobre a transmissão e a prevenção do HIV. As duas concepções erradas mais comuns sobre o HIV consistem em acreditar que o HIV pode ser transmitido através de picada de mosquito ou por meio sobrenaturais (INE e MISAU, 2010).

4. CARACTERIZANDO A UNIDADE ESPACIAL DE ANÁLISE: Distrito de Nhamatanda

4.1. Características Gerais

O distrito de Nhamatanda localiza-se na região centro-oeste da província de Sofala, na parte central de Moçambique. O distrito possui uma superfície de 3.987 km², sendo limitado a Norte pelo distrito de Gorongosa, a Oeste pelo distrito de Gondola (província de Manica), a Sul pelo distrito do Buzi e, a Este pelo distrito do Dondo. Nhamatanda encontra-se administrativamente subdividido em dois postos administrativos, Nhamatanda-sede e Tica (MAE, 2005).

Mapa 02: Localização do Distrito de Nhamatanda



Fonte: KULA, 2010

No tempo colonial quando Moçambique ainda era considerado uma província ultramarina, em que o atual distrito de Nhamatanda tinha a categoria de vila, este denominava-se por Vila Machado⁴⁰. Este nome foi instituído em 1909 e a vila pertencia ao

⁴⁰ Relatos apontam que antes de se denominar Vila Machado, os ingleses da empresa TRANS-ZAMBEZI RAILWAYS (TZR) chamavam esta área de “Bamboo Creek”, que em português seria Riacho de Bambus. No que respeita ao nome de Vila Machado, foi dado em homenagem ao primeiro governador do território, Conselheiro Joaquim José Machado (FERNANDES, 2006).

antigo distrito de Manica e Sofala⁴¹ (FERNANDES, 2006). O distrito de Manica e Sofala foi extinto a 05 de Agosto de 1970, tendo a partir dessa altura sido subdividido em dois distritos distintos: distrito de Manica e distrito de Sofala. Com a independência de Moçambique em 1975, o distrito de Sofala passou à categoria de província com o mesmo nome⁴² (GPS, 2010).

Com a nova divisão administrativa da província de Sofala em 1980, o nome de Vila Machado foi extinto. As imagens abaixo representam alguns dos vestígios dos tempos áureos da extinta Vila Machado, que resistiram ao passar dos anos.



Figura 1: Fachada da Igreja Católica construída no tempo colonial, em 1920.
Fonte: O Autor, 2012.



Figura 2: Mesa usada no tempo colonial existente na Estação de Caminhos de Ferro de Nhamatanda. Ainda é possível visualizar a inscrição **V. Machado** existente na mesa.
Fonte: O Autor, 2012.

A partir dos anos 80 o posto administrativo passou para a categoria de distrito, passando a ostentar nesta altura o nome de Nhamatanda. Diz-se que este nome deriva de um pequeno rio que atravessa parte da área ocupada atualmente pela vila-sede do distrito, cujo nome é rio Nhamatanda. A palavra Nhamatanda deriva da língua *Cisena*, que significa “grandes troncos”. Diz-se que o rio outrora possuía grandes caudais de água, que antes da construção das barragens recentes era necessário colocar grandes troncos sobre o rio para se efetuar a travessia (MAE, 2005; FERNANDES, 2006).

⁴¹ A atual província de Sofala e a província de Manica formavam no tempo colonial uma unidade territorial única e contígua que se denominava distrito de Manica e Sofala (FERNANDES, 2006).

⁴² Depois da Independência de Moçambique, o Decreto-Lei n.º 6/75 de 18 de Janeiro, determinou no seu artigo único que: “Os distritos passam a designarem-se províncias; os conselhos passam a designarem-se distritos; os postos administrativos passam a designarem-se localidades”.

Atualmente já não é possível se vivenciar essa situação, aonde o rio só chega a ter um caudal de água considerável no período chuvoso, mas nunca atingindo os níveis do tempo colonial. Neste momento a travessia se efetua por meio de uma ponte de madeira como se pode verificar na imagem abaixo.



Figura 3: Ponte sobre o rio Nhamatanda.
Fonte: O Autor, 2012.

Em termos de gestão político-administrativa o distrito é dirigido por um Administrador do Distrito, sendo o representante da autoridade central da administração do Estado no respectivo distrito. O Administrador do Distrito dirige o Governo do Distrito e responde individualmente pelas atividades administrativas do distrito perante o Governo Provincial. O Governo do Distrito é composto pelo Administrador, por um/a Secretário/a Permanente do Distrito e pelos Chefes dos Serviços Distritais (Atividades Econômicas; Saúde Mulher e Ação Social; Educação, Juventude e Tecnologia; Infraestruturas; etc.).

Paralelamente a este poder institucionalizado do Estado, existem as Autoridades Comunitárias. Estas são constituídas pelos chefes tradicionais, os secretários dos bairros ou aldeias e outros líderes legitimados como tais pelas respectivas comunidades locais⁴³. Estas autoridades sempre existiram em Moçambique e desempenham um papel fundamental junto às comunidades. O papel desempenhado por estes foi reafirmado pelo Decreto nº 15/2000 de 20 de Junho, onde o Estado moçambicano reconhece e valoriza a organização social das comunidades locais e aperfeiçoamento das condições da sua participação na administração pública para o desenvolvimento socioeconômico e cultural do país, tornando-se necessário

⁴³ Decreto nº 15/2000 de 20 de Junho.

estabelecer formas de articulação dos órgãos locais do Estado com as Autoridades Comunitárias.

No distrito de Nhamatanda reconhecem-se a existência de 18 líderes comunitários locais. Neste distrito existem três Regulados, todos eles legitimados e reconhecidos: Regulado de Tica, Regulado de Guenjere e Regulado de Nhampoca. Também existem no distrito 48 secretários de bairros (MAE, 2005).

Em termos populacionais, de acordo com os dados do 3º RGPH o distrito possuía em 2007 uma população de 207.987 habitantes. Para o ano de 2011, as projeções do INE indicam uma população de 245.897 habitantes. Estes estão distribuídos por 43.243 agregados familiares e, com uma densidade populacional de 52,3 habitantes por km² (INE, 2008; GPS, 2010). A população é fundamentalmente jovem, onde as pessoas com idades compreendidas entre os 0-14 anos perfazem 47,7% do total. A semelhança da tendência nacional, as mulheres constituem a maior parte da população, estimando-se em 51,4%.

No que concerne aos grupos etno-linguísticos, a população do distrito é constituída predominantemente por *Cisena* e *Cindau*⁴⁴, sendo as duas línguas mais faladas. Algumas evidências históricas dão conta de que estas duas línguas pertencem ao grande quadro das populações africanas que são falantes da língua *Bantu*⁴⁵. O povo *Bantu* chegou a Moçambique por volta do ano 200 e povoaram as bacias fluviais costeiras, as costas e os planaltos do interior para o desenvolvimento da agricultura, da pastorícia, da pesca e o processo de fabrico de ferro.

Para além destas duas línguas de matriz africana, parte considerável da população do distrito usa o português no seu dia-a-dia, na medida em que esta constitui a língua oficial do país. As estatísticas apontam para uma estimativa de 60%, como aquela população que sabe falar razoavelmente a língua portuguesa (INE, 2008). O uso corrente do português na comunicação é mais comum nas instituições públicas e privadas, nas atividades comerciais, etc., e em situações em que se comunica com uma pessoa que se presume que não seja do distrito.

É também comum ver as pessoas conversando e dialogando entre si fazendo uso concomitante das línguas de matriz africana e do português. Esta forma de comunicação é

⁴⁴ Para além da província de Sofala, estas duas línguas são também faladas em parte considerável das províncias de Tete, Zambézia e com menos expressividade na província de Manica.

⁴⁵ A palavra *Bantu*, tem uma conotação exclusivamente linguística e surgiu entre 1851 e 1869 do linguísta alemão Bleek, para assinalar o grande parentesco de cerca de 300 línguas, as quais utilizam este vocábulo para designar “os homens” (singular muntu), não existindo uma “raça Bantu” (SERRA, 2000).

mais usual entre pessoas originárias do distrito ou pessoas que ainda que não sejam do distrito, expressam-se com alguma fluência nas duas vertentes.

No distrito predomina o sistema de linhagem patrilinear⁴⁶. Este sistema é predominante nas partes de Moçambique situadas a Sul do rio Zambeze, como é o caso do distrito de Nhamatanda. No sistema patrilinear, a mulher e os filhos pertencem ao marido e sua família, e é o marido que concede ao seu cônjuge do sexo feminino acesso a terra (UNICEF, 2010). Outra das características deste sistema é o fato de em caso de casamento, o marido é que paga o lobolo ou preço de noiva à família da mulher e, por conseguinte vivem na terra da família do homem (PAULO, 2004).

Entretanto, apesar da prevalência deste sistema linhageiro no distrito, no entendimento de alguns autores, estas linhagens não esgotam a multiplicidade e complexidade das famílias moçambicanas. Existem famílias em Moçambique, e no caso de Nhamatanda em particular, que vivem o seu dia a dia inspirando-se em outras formas de estar que não se adequam a linhagem aqui referida (PAULO, 2004). A convivência social e casamentos entre grupos étnicos diferentes fazem com que as culturas e os costumes estejam cada vez mais híbridos constituindo um autêntico mosaico cultural (GPS, 2010).

Mesclado neste mosaico cultural, há a considerar no distrito a prática de algumas cerimónias tradicionais com forte valor simbólico entre parte considerável da população. Dentre as cerimónias destacam-se: de nascimento denominado *Mazuade*; de falecimento denominado de *Pita kufa* ou *Pita madwade*; de queimada da casa denominada *Pita moto*. Todas estas cerimónias envolvem a prática de relações sexuais. Para além destas cerimónias, são praticadas também as de evocação dos mortos denominados *Nsembe* e os ritos de iniciação das mulheres ou nas vésperas da fase menstrual (KULA, 2010).

Quanto à questão religiosa, verifica-se que a maior parte da população é praticante de alguma religião, onde se destacam os praticantes da igreja Zione/Sião, os Evangélicos/Pentecostal e os Católicos, sendo as três com maior expressão. A igreja católica apesar de ser uma das mais antigas neste distrito, tem estado a se ressentir da perda de crentes no seio da população, onde estes acabam aderindo a outras religiões ou passam a se considerar sem religião.

⁴⁶ Em Moçambique existem dois sistemas de linhagens, o patrilinear e o matrilinear. O sistema de linhagem matrilinear é característico das áreas localizadas ao Norte do rio Zambeze enquanto que o sistema de linhagem patrilinear é característico das áreas localizadas ao Sul do rio Zambeze. No sistema matrilinear a mulher e os filhos continuam a ser considerados membros da família matrilinear da mulher. Sob este sistema, é o tio da parte materna que dá acesso a terra (UNICEF, 2010).

Em termos de condições de bem estar da população, numa visão geral, verifica-se que as condições de vida da população ainda não são das melhores, estando bem visíveis os traços de pobreza extrema em que a população se encontra. Não é por acaso que na última avaliação nacional em 2009, a incidência da pobreza em Moçambique foi de 54,7% (MPD, 2011). Por ser na área rural onde se encontra a viver a maior parte da população moçambicana, é também nesta área onde se encontra o maior contingente de pobres. A situação de pobreza acaba tendo feições mais visíveis e dramáticas nestas áreas, com forte impacto nas condições de vida da população.

Neste distrito, apesar de já começarem a aparecer algumas habitações construídas de material duradouro, a maior parte da população ainda vive em casas edificadas de material precário. As paredes das casas quando não são feitas de caniços, paus, bambus e palmeira, são feitas de paus maticados. A cobertura é constituída maioritariamente por capim, colmo ou palmeira enquanto que o pavimento é revestido de adobe ou sem nada, assente diretamente no solo. A precariedade deste tipo de habitações toma contornos mais graves na época chuvosa, na medida em que o material constituinte destas habitações não consegue deter as águas da chuva, deixando a população numa situação calamitosa. Nas imagens abaixo é possível se visualizar algumas destas habitações da população.



Figura 4: Fachada de uma moradia construída com barro, pedras e bambús no distrito de Nhamatanda.
Fonte: O Autor, 2012



Figura 5: Parte Lateral de uma moradia construída de barro, bambú e caniço, e o respectivo sanitário de caniço ao lado.

Fonte: O Autor, 2012.

Como se pode constar nas imagens anteriores, estas habitações não têm acesso à água canalizada, a sanitário interno, a sistema de saneamento, nem a energia elétrica. Em 2011 existiam 1041 consumidores de energia elétrica no distrito (GDN, 2011). Como alternativa a falta de energia elétrica a população recorre ao petróleo, parafina, querosene e lenha para iluminação das habitações e, ao carvão e lenha para o preparo de alimentos.

Se por um lado o cotidiano da maior parte da população já se habituou a falta de energia elétrica em suas casas, por outro se nota que a falta de água coloca a população do distrito numa situação dramática⁴⁷. Para obtenção da água para a satisfação das suas necessidades básicas a população recorre fundamentalmente a poços (sem bomba e a céu aberto), a rios ou lagoas e a poços ou furos protegidos.

O grande problema que a população se depara ao recorrer a essas fontes é o fato de a água proveniente destas ser por vezes insalubre. Esta situação faz com que muitas das vezes a população só utilize as águas provenientes destas fontes para atividades domésticas que não impliquem o preparo de produtos alimentares. No entanto, esta situação só é verificável nos casos em que a população consegue ter como alternativa o acesso à água proveniente de algumas fontanárias de água salubre ou a água canalizada proveniente da rede de distribuição da PRONASAR⁴⁸. O grande dilema do recurso a estas duas fontes como as mais fiáveis para obtenção de água salubre é o fato de estas terem uma fraca abrangência espacial e a

⁴⁷ No sentido de um conjunto de acontecimentos complicados, difíceis ou tumultuosos, assim como um acontecimento que causa dano, sofrimento, dor (dicionários *Houaiss* e *Aulete*).

⁴⁸ O Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural (PRONASAR) faz a gestão de um pequeno sistema de abastecimento de água recentemente montado na vila-sede do distrito.

acessibilidade a estas ser feita mediante alguns condicionalismos. As imagens abaixo ilustram parte do dilema por água salubre com que a população se depara no dia a dia.



Figura 6: População do distrito buscando água em uma fontanária.
Fonte: O Autor, 2012.



Figura 7: População do distrito buscando água e satisfazendo outras necessidades no rio Metuchira.
Fonte: O Autor, 2012.

Para os casos da água canalizada proveniente da rede de distribuição da PRONASAR, a sua abrangência espacial ainda se encontrava circunscrita a 200 ligações domiciliares em 2011, um número bastante ínfimo para o universo dos domicílios existentes no distrito (GDN, 2011).

No concernente as fontanárias, verifica-se que estas ainda estão muito aquém do desejado em termos de cobertura e parte considerável das que estão em funcionamento fornecem água insalubre. É também comum se verificar pelo distrito um número razoável de fontanárias inoperacionais devido a razões de vária ordem, com destaque para a falta de assistência técnica.

Para complicar ainda mais a situação de acesso à água salubre por parte da população, tem a contraparte financeira. O acesso a essas duas fontes tem condicionalismos financeiros que muita das vezes não está ao alcance de parte significativa da população, restringindo ainda mais as já reduzidas possibilidades que esta tem de aceder à água salubre para o preparo dos alimentos.

A situação que vem sendo descrita evidencia o quanto alguns indicadores básicos de bem estar dos agregados familiares ainda estão longe de ser uma realidade para parte considerável da população do distrito de Nhamatanda. Ao se ampliar a nossa visão para outras

variáveis sociais, como é o caso da educação, ainda que este seja um dos setores em fraca expansão, o cenário ainda não é dos melhores.

Um pouco mais que a metade da população não sabe ler nem escrever em português, estando à taxa de analfabetismo situada em aproximadamente 53% da população (INE, 2008). Esta cifra de pessoas que não sabem ler e escrever tende a aumentar quando se desagrega os dados para o analfabetismo funcional. Todavia, a situação torna-se um pouco mais motivadora quando se pretende comunicar com a população em português, na medida em que cerca de 60% da população sabe falar razoavelmente em português.

Para inverter este cenário e colocar mais pessoas a falar, ler e escrever em português, o distrito contava em 2011 com 94 instituições de ensino, sendo 62 do Ensino Primário do 1º Grau (1º-5º ano), 27 do Ensino Primário do 2º Grau (6º-7º ano), quatro (4) do Ensino Secundário Geral (8º-10º ano) e uma (1) do Ensino Médio (11º-12º ano). Paralelamente a estas instituições, o distrito conta ainda com uma (1) Escola de Formação de Professores do Futuro – ADPP, uma (1) Escola de Artes e Ofícios e um (1) Centro de Saúde para formação dos recursos humanos do setor da saúde. A imagem abaixo ilustra a fachada lateral de um dos blocos de sala de aulas da Escola Secundária Geral de Nhamatanda.



Figura 08: Um dos Blocos de Sala de Aulas da Escola Secundária Geral de Nhamatanda.

Fonte: O Autor, 2012.

Pese embora o contínuo aumento de instituições de ensino que se tem observado o número de vagas disponíveis ainda está muito aquém da demanda existente. Por exemplo, no ano de 2007 o distrito contava com um universo de cerca de 40% da população em idade

escolar (cinco anos e mais) que nunca tinha frequentado ou estado numa condição de frequência escolar.

Este cifra torna-se ainda mais expressiva ao se agregar aqueles que ainda que tenham frequentado a escola em alguma fase de suas vidas, por razões de vária ordem não conseguiram dar continuidade com os seus estudos. Um dos casos desta natureza é a do jovem Armando de 17 anos, que atualmente dedica-se ao transporte de pessoas de bicicleta, no troço entre a Estrada Nacional N°6 e a vila de Metuchira. Durante uma das três viagens que efetuei com ele nesse trajeto, foi possível constatar que ele frequentara a escola até a 10ª classe e interrompera com os estudos em 2010 porque não teve dinheiro para pagar a taxa de matrícula.

Este relato sugere que para alguns jovens do distrito, a questão financeira ainda continua sendo um dos obstáculos para ingressar ou dar continuidade com os estudos. É preciso não se perder de vista que a maior parte da população das áreas rurais de Moçambique vive em condições de extrema pobreza, dependendo fundamentalmente de uma agricultura praticada ainda em moldes rudimentares para sua subsistência.

Em termos de atividades econômicas observa-se que a maior parte da população desenvolve atividades ligadas ao setor primário, nomeadamente a agricultura, a silvicultura e a pesca. Dentre estas atividades, a agricultura⁴⁹ é a que ocupa maior parte da população, conseguindo-se melhores rendimentos quando praticada nos vales de alguns rios e riachos existentes. No distrito coexistem dois tipos de agricultura, a do setor familiar e a do setor empresarial.

A agricultura do setor familiar é fundamentalmente de sequeiro⁵⁰, sendo constituída essencialmente por pequenas explorações, normalmente com menos de cinco hectares (SITOE, 2005). Nesta atividade a enxada de cabo curto se destaca como o principal instrumento de trabalho. Esta atividade pode ser considerada na sua maioria do tipo tradicional ou tradicional melhorada. Por tradicional se entende uma técnica que substancialmente não depende de *inputs* externos ao sistema familiar e, por técnica melhorada entende-se a sistemática racional, a tração animal e a mecânica de preparação da

⁴⁹ O setor agrário é um pilar da economia nacional. Em 2009 contribuiu com 24% para o Produto Interno Bruto (PIB). Além disso, a agricultura emprega 90% da força laboral feminina do país e 70% da força laboral masculina. Isto significa que 80% da população ativa do país estão empregues no setor agrário (MINAG, 2010).

⁵⁰ Agricultura de sequeiro é o cultivo sem irrigação em regiões onde a precipitação anual é inferior a 500 mm. Esta agricultura depende de técnicas de cultivo específicas, que permitem o uso eficaz e eficiente da limitada humidade do solo (QUARANTANA, s/d). No distrito de Nhamatanda registou-se no ano de 2011 uma precipitação média anual na ordem dos 323,64 mm contra 501,6 mm de 2010. Isto significa que houve um decréscimo da precipitação na ordem dos 35,5% (GDN, 2011).

terra, as sementes melhoradas, os adubos químicos e os pesticidas (LUBBOCK, 1991 ap. CHICAMISSE, 2006).

A conjugação desses fatores concorre para que a agricultura praticada pelo setor familiar seja caracterizada por baixos níveis de produção e produtividade, colocando por vezes os agregados familiares numa situação de insegurança alimentar. Nesta atividade observa-se fundamentalmente a produção de culturas alimentares como milho (*Zea mays*), mandioca (*Manihot esculenta* Crantz), feijão nhemba (*Vigna unguiculata*), amendoim (*Arachys hypogaea*) e batata doce (*Ipomoea batatas*). Paralelamente a estas foi possível constatar a produção de hortícolas como couve (*brassica oleracea*), cebola (*Allium cepa*), tomate (*Lycopersicon esculenta*) e pimento (*capsicum annum*). Estas últimas normalmente são cultivadas em regime de consorciação⁵¹ de culturas. Estes produtos são utilizados pela população para a sua alimentação e para a obtenção de rendimentos através da comercialização dos mesmos.

A outra face da agricultura existente no distrito é a sua vertente empresarial. Este setor é o que mais contribui para o crescimento económico do distrito, contribuindo com 41% da produção global do distrito (GDN, 2011). O setor empresarial é dominado pela empresa Açucareira de Mafambisse que produz cana sacarina.

Paralelamente a agricultura, a atividade comercial é outra das atividades económicas que mais ocupa a população do distrito. Em termos de contribuição na produção global do distrito, esta atividade chega a superar a agricultura familiar, sendo a segunda que mais contribui depois da agricultura empresarial, com 15,7% (GDN, 2011). A atividade comercial é praticada na sua vertente formal e informal. O comércio formal caracteriza-se pela existência de lojas e mercearias de venda de produtos alimentares e produtos manufaturados. As lojas e mercearias são na sua maioria pertença da população de origem indiana e paquistanesa existente no distrito. Nestes estabelecimentos os produtos são vendidos a grosso e a retalho e servem de fonte primária e imediata para aquisição de produtos por parte dos vendedores ambulantes ou de rua, vendedores de pequenas “barracas”⁵² e de contentores.

No entanto, é no comércio informal que se encontra a maior parte da população praticante da atividade comercial. O comércio informal vem ganhando contornos cada vez mais expressivos, surgindo como uma atividade que aos poucos vai tirando espaço à

⁵¹ Consorciação pode ser definida como o crescimento de duas ou mais culturas simultaneamente no mesmo terreno, em que as culturas são semeadas e/ou colhidas em datas iguais ou diferentes, mas encontrando-se juntas no terreno durante parte do seu regime de crescimento (WILLEY, 1979 ap. CHICAMISSE, 2006).

⁵² Expressão utilizada em Moçambique para designar pequenos estabelecimentos de venda de diversos produtos, normalmente construído de material não duradouro e com um único vendedor.

agricultura. Esta atividade tem sido vista por parte considerável da população como mais vantajosa em relação à agricultura familiar, na medida em que possibilita a obtenção rápida de rendimentos. Por outro lado, é vista como uma atividade que garante algum prestígio no seio da comunidade, principalmente entre os jovens.

A importância desta atividade para a população jovem do distrito reside também no fato de esta constituir-se como uma das alternativas que estes encontram a falta de emprego formal prevalecente no distrito em particular e, no país no geral. Por Moçambique ser um país com uma população fundamentalmente jovem, este segmento populacional é o mais afetado pela incapacidade do Estado e da economia em gerar postos formais de trabalho. O problema do desemprego dos jovens longe de ser um problema conjuntural, pode já ser considerado um problema estrutural. Esta situação faz com que por vezes a prática de uma atividade do setor informal seja a única alternativa para a sobrevivência de parte considerável dos jovens do distrito de Nhamatanda.

Para além dos jovens, entre os praticantes do comércio informal é possível se visualizar um pouco dos diferentes traços da população e do pulsar do distrito. Praticando esta atividade encontram-se pessoas de quase todas as idades, sexos e etnias; pessoas provenientes de quase todos os pontos do distrito; pessoas praticantes dos mais diversos cultos e religiões; pessoas filiadas aos mais diversos partidos políticos; etc.

Esta atividade é exercida fundamentalmente ao longo da Estrada Nacional N°6 (EN6), devido ao potencial de clientes que trafegam todos os dias e a toda hora por esta rodovia. A EN6 é a principal e única estrada que permite a ligação da cidade da Beira a outras partes do país. Esta rodovia permite também a certos países do interior da África Austral (Malawi, Zâmbia e Zimbábue) o acesso ao Porto da Beira, conseqüentemente o acesso ao Mar. Estes países utilizam esta rodovia como a principal via para o escoamento e recepção de diversas mercadorias vindas de outras partes de África e do Mundo. Por estas razões a Estrada Nacional N°6 constitui a espinha dorsal do chamado Corredor da Beira, chegando a transitarem por dia cerca de 4000 viaturas transportando passageiros e diversos tipos de mercadoria. Esta situação faz com que nos distritos atravessados por esta rodovia haja uma intensa atividade comercial.

No comércio informal vendem-se produtos de diferente natureza que vão desde produtos alimentares, bebidas alcóolicas, cereais, hortícolas, verduras, carvão vegetal, vestuários, calçados, produtos de artesanato, etc. Estes produtos têm como principal grupo alvo as pessoas que trafegam por esta rodovia porque tem um maior poder de compra em relação a maior parte da população do distrito.

As imagens a seguir ilustram-nos parte das atividades do comércio informal desenvolvidas na Estrada Nacional N°6 no distrito de Nhamatanda.



Figura 9: Jovem vendedor informal na EN6 no distrito de Nhamatanda.
Fonte: O Autor, 2012.



Figura 10: Parte das atividades do comércio informal na EN6.
Fonte: O Autor, 2012.

Para além desta intensa atividade comercial, a alta mobilidade populacional que se observa no distrito faz com que os habitantes deste distrito estejam em constante interação com a população de outros pontos do país e de outros países da África Austral. É comum visualizar-se inúmeros camionistas que transportam mercadorias em trânsito por esta rodovia que cruza o distrito. Se durante o dia os motoristas fazem paragens de curta duração com o objetivo de satisfazer alguma necessidade rápida (compra de algum produto; satisfação de alguma necessidade biológica; saudar algum amigo ou conhecido, etc.) durante a noite observa-se uma paragem mais prolongada. Estas paragens prolongadas resultam muitas das vezes no pernoite dos motoristas e seus ajudantes no distrito.

Estes pernoites têm impactos positivos na atividade comercial do distrito, sendo altamente benéfico para os proprietários de pensões, de restaurantes, de barracas, etc. Por outro lado, esta ação dos motoristas e seus ajudantes nem sempre é bem vista por parte considerável da população do distrito, na medida em que estes são vistos como um potencial grupo de risco de transmissão de infecções de transmissão sexual. Quando se conversa em torno do HIV/AIDS com algumas pessoas do distrito, é comum ouvir-se dizer que os camionistas são a causa principal do elevado índice de soroprevalência do distrito, sendo normal escutar-se a seguinte frase:

[.....] esse número alto de casos de SIDA no distrito é por causa dessas meninas que se metem com os camionistas ali no Tipoia e depois transmitem para outras pessoas da comunidade [.....]. (Funcionário dos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia do distrito de Nhamatanda).

Esta situação faz com que muitas das vezes os camionistas e as supostas meninas sejam rotulados como um grupo de risco, da qual se deveria manter distância. Deixando temporariamente de parte estas constatações, cabe realçar que o constante contato entre a população do distrito com pessoas vindas de diferentes partes faz com que este seja um espaço rural multifacetado, onde o rural coexiste com algumas peculiaridades urbanas, com certa influência na construção do cotidiano da população.

Como parte deste processo é normal se observar no distrito algumas particularidades típicas de espaços mais urbanizados de Moçambique. Estas características são mais visíveis em alguns adolescentes e jovens do distrito, com forte impacto na forma de vestir (*Supras*, *Skin jeans*, *tchuna babys*), nos cortes e arranjos de cabelo (*cristas nos homens* e *extensões e tissagens nas mulheres*), nos estilos de música que gostam (dos cantores moçambicanos aos norte-americanos, passando pelos angolanos e sul-africanos), etc.

A estas situações agregam-se o fato do distrito possuir acesso à rede das três empresas de telefonia móvel (Mcel, Vodacom, Movitel) existentes em Moçambique. Isto faz com que parte considerável dos jovens tenha acesso à internet através dos seus telefones celulares, tornando-se indivíduos globalizados através do *facebook*, *twitter*, etc. A conjugação dos aspectos que vem sendo mencionados tem influência no dia a dia dos adolescentes e jovens do distrito, com forte impacto na construção das suas identidades.

Outro aspecto que chama atenção no distrito, pelo número crescente de adolescentes e jovens que concentra, são os pequenos estabelecimentos de projeção de filmes. Estes chamam atenção não só pelo som que emitem, mas também pelo número de pessoas que concentra. Estes estabelecimentos podem ser considerados como pequenas salas de cinema, onde normalmente existe um televisor de vinte e poucas polegadas acoplado a um DVD e, com o

som amplificado para poder atrair a clientela. Nestes pequenos estabelecimentos é possível encontrar pessoas de todas as idades, mas com maior destaque para os adolescentes e jovens. Nestes projetam-se fundamentalmente filmes de ação americanos, japoneses, chineses e nalguns casos angolanos e sul-africanos.

Um dado interessante que se pode observar nos filmes projetados relaciona-se com a língua falada. Os proprietários destes estabelecimentos por saberem que parte considerável da população do distrito não saber ler em português, a maior parte dos filmes está dublado em português ou em uma das línguas locais (*Cisena* e *Cindau*). Este aspecto faz com que a clientela seja mais diversificada, abarcando quase que todos os segmentos populacionais. Estes estabelecimentos constituem espaços de concentração de muitos adolescentes e jovens, mas que tem sido muito pouco aproveitado para se desenvolver uma série de atividades com este segmento populacional, como por exemplo, ações de prevenção do HIV.

Paralelamente a estas “salas de cinema”, é comum ver os adolescentes e jovens se divertindo durante o dia e nas noites em outros tipos de estabelecimentos de diversão existentes no distrito. Este movimento toma outra dimensão quando se aproxima dos finais de semana, sendo comum a partir da sexta-feira se observar um movimento desusado de jovens logo que começa a escurecer. A movimentação dos jovens atinge o seu auge por volta das 22h nas diferentes casas de diversão como “Matxessa”, Tipoia, Local, Simango, etc. Nestes locais é mais comum encontrar-se pessoas com um poder de compra diferenciado dos demais.

Concomitantemente, existe o mesmo movimento em outros locais de venda de bebida alcoólica existentes no distrito, mas onde as condições de acessibilidade são mais aglutinadoras. É frequente encontrar um número considerável de jovens conversando e consumindo bebidas com alto teor de álcool nas barracas e tascas existentes ao longo da Estrada Nacional N°6 e nos quintais de algumas casas que vendem bebidas alcólicas de fabrico caseiro.

São basicamente estes os traços que caracterizam o viver de parte considerável da população do distrito de Nhamatanda. Longe de termos conseguido uma descrição fidedigna, pretendia-se somente dar a conhecer algumas peculiaridades de parte da população do distrito que interagiu conosco durante o trabalho de campo.

4.2. O Sistema de Saúde do Distrito

O sistema de saúde existente no distrito é constituído pela coexistência de dois setores, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços da Medicina Tradicional. Estes dois setores frequentemente se cruzam e se interpenetram, sendo por vezes difícil de distinguir os limites e alcances de cada um (MENESES, 2004).

O Serviço Nacional de Saúde é constituído por uma rede sanitária que apesar de estar em franca expansão, ainda continua insuficiente para atender a demanda populacional. A rede sanitária do distrito é composta por 19 unidades sanitárias, sendo um (01) da categoria de Hospital Rural de Nhamatanda, que se localiza na sede do distrito. Paralelamente a este existem doze (12) Centros de Saúde de tipo II, seis (06) Postos de Saúde.

Adicionalmente também funcionam no distrito 15 Postos Fixos de Vacinação, nomeadamente: Sede, Macorococho, Lamego, Metuchira, Siluvo, Nharuchonga, Tica, Vinho, Mutondo, Jasse-Manguena, Chiro, Muda e Nhampoca. Estes são reforçados por outras 19 concentrações móveis de vacinação. Alguns destes postos são constituídos por parteiras e enfermeiras de Saúde Materna e Infantil (SMI). Nos locais onde não existe tem sido treinadas serventes para apoiar a atividade de assistência ao parto.

Pelo tipo de unidades sanitárias existentes, verifica-se que no distrito só existem dois níveis de atenção, o primário e o secundário. O nível primário é constituído pelos Postos e Centros de Saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP), constituindo o primeiro contato da população com os serviços de saúde.

O nível secundário é mais diferenciado e relativamente mais desenvolvido que o anterior, servindo de apoio ao nível primário quer quanto aos problemas técnicos como organizacionais. No distrito este é composto pelo Hospital Rural de Nhamatanda, constituindo o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos Centros e Postos de Saúde.

O Hospital Rural de Nhamatanda (HRN) é a maior unidade sanitária existente no distrito possuindo condições para a realização de intervenções de grande cirurgia, para o internamento, e disponibilidade de serviços individualizados das quatro especialidades básicas: medicina interna, pediatria, cirurgia e obstetrícia e ginecologia. Neste momento o HRN tem uma capacidade de internamento de 120 camas, o que perfaz uma (1) cama para 1734 habitantes.

Em termos de recursos humanos, o setor da saúde contava em 2011 com um efetivo de 103 técnicos de saúde, dos quais quatro (4) eram médicos. Este número de técnicos de saúde

fez com que o rácio habitantes/técnico de saúde diminuísse de 1586 em 2010 para 1343 em 2011. Entretanto, este número ainda está aquém das necessidades reais do distrito e das metas delineadas pelo Governo de Moçambique no seu Plano Quinquenal de Governo (2011-2014) que prevê atingir-se um rácio de 1000 habitantes por técnico de saúde até 2014 (SDSMAS, 2011).

Ao se desagregar este rácio para o número de médicos por habitantes, verifica-se que a situação passa a ser menos saudável. Atualmente o distrito conta somente com quatro (4) médicos, o que perfaz um rácio de um (01) médico para 122.500 habitantes. Este rácio está muito aquém das metas previstas pela Organização Mundial da Saúde, tornando-se por vezes raro para a população poder ser atendida por um médico durante uma consulta.

Paralelamente aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, funciona no distrito o setor da medicina tradicional, que assiste parte considerável da população em casos de doença. Este setor é constituído por praticantes de medicina tradicional, herbalistas, ervanários (MISAU, 2007) e, sempre existiu em Moçambique como uma atividade paralela ao Serviço Nacional de Saúde. Como muito bem nos esclarece Meneses (2004), num país como Moçambique, com uma matriz sociocultural extremamente complexa, é inquestionável a existência de uma amálgama de subculturas médicas, cada uma com as suas próprias características e estruturas.

4.3. O Estado de Saúde da População do Distrito

O distrito de Nhamatanda é marcado por um quadro epidemiológico dominado pela malária, diarreias agudas, tuberculose, infecções de transmissão sexual e HIV/AIDS, que no seu conjunto representam quase a totalidade das doenças notificadas.

A semelhança do que acontece no país, a malária constitui o grande problema de saúde pública no distrito de Nhamatanda, constituindo uma doença hiperendêmica. O clima do país favorece a sua transmissão ao longo de todo ano, atingindo o seu ponto mais alto após a época chuvosa (Dezembro à Abril).

No distrito de Nhamatanda foram notificados 80.225 casos no ano de 2010 contra 43.350 de 2011, tendo-se verificado um decréscimo na ordem de 45,9%. Este decréscimo pode ser explicado pelo sucesso das Campanhas de Pulverização Intra-Domiciliar (PIDOM), onde foram pulverizadas 45.469 casas e pelas contínuas campanhas que se tem realizado de distribuição gratuita de redes mosquiteiras e sensibilização da população para o seu uso

(SDSMAS, 2011; GPS, 2011). A imagem abaixo ilustra a realização duma destas campanhas contra a malária.



Figura 11: Parte da população do distrito no Parque Infantil de Nhamatanda recebendo redes mosquiteiras no âmbito de uma Campanha contra a Malária.

Fonte: O Autor, 2012.

Como resultado dos casos notificados de malária registraram-se 48 óbitos em 2011 contra 22 do ano anterior, significando um aumento de mais de 100% dos casos de óbitos. Este aumento de casos de óbitos faz com que as ações de combate à malária constituam uma das prioridades do setor da saúde.

A malária prevalece num distrito onde ainda persistem problemas de baixo peso a nascer entre os recém-nascidos. A taxa de baixo peso a nascença situava-se em torno de 14,2% em 2011 e a taxa de mau crescimento manteve-se em 2,2% entre 2010/2011.

Paralelamente a esta situação, foram notificados 2144 casos de disenteria em 2011, contra 1354 do ano anterior, o que significou um aumento de 58,3%. Os casos de diarreia aumentaram entre 2010-2011 de 6849 para 6979 casos, tendo havido um aumento de 1,8%.

O ressurgimento do Sarampo em Moçambique (MISAU, 2010) fez-se sentir também neste distrito, onde no ano de 2011 registraram-se sete (07) casos contra cinco (05) de 2010. Concomitantemente ao sarampo, foram registrados 593 casos de tuberculose no distrito em 2011 contra 601 de 2010. Dos casos registrados em 2011 e testados para o HIV, 54,5% foram positivos.

Outra grande preocupação para o setor da saúde no distrito são as infecções de transmissão sexual. As infecções mais frequentes são gonorreia, sífilis e, HIV/AIDS, que no seu conjunto perfizeram 3300 casos notificados durante o ano de 2011, contra 4235 de 2010. Dos casos notificados, iniciaram com o tratamento anti-retroviral 718 pacientes em 2011 contra 498 do ano de 2010 (SDSMAS, 2011).

Para fazer frente ao número elevado de Infecções de Transmissão Sexual, uma das medidas tomadas consistiu no incremento do número de preservativos distribuídos gratuitamente. Foram distribuídos 65.000 preservativos em 2011, contra 45.687 do ano de 2010, tendo-se registado um aumento na ordem de 42,2%.

4.3.1. O HIV/AIDS no Distrito de Nhamatanda

Para a obtenção das estimativas das taxas de prevalência do HIV dos diferentes distritos de Moçambique recorre-se aos dados da Ronda de Vigilância Epidemiológica (RVE) que vem sendo aplicadas desde 1988. A RVE trabalha com dados fornecidos por 36 postos sentinelas, cobrindo somente $\frac{1}{4}$ dos 148 distritos existentes em Moçambique.

Para os distritos que não possuem postos sentinelas, como é o caso do distrito de Nhamatanda, as taxas de prevalência observadas são obtidas através das taxas observadas num distrito que possua um posto sentinela e que lhe serve como referência. O sistema de referência entre os distritos é definido em função de algumas similaridades tendo em conta alguns critérios pré-definidos como: (i) movimentos populacionais; (ii) comunicação entre distritos; (iii) infraestruturas e serviços de saúde prestados; (iv) existência de grupos de alto risco de infecção pelo HIV; (v) infraestruturas e serviços de educação disponíveis; e (vi) outras características culturais e socioeconômicas.

Em função destes critérios, o distrito de Nhamatanda tem como posto de referência o Posto Sentinela de Chingussura, localizado na cidade da Beira (GTM, 2004). Isto significa que as prevalências que nós assumimos como sendo do distrito de Nhamatanda, na realidade são as que foram observadas no Posto Sentinela de Chingussura, na cidade da Beira. No entendimento do GTM (2004), apesar do distrito de Nhamatanda se localizar a 120 km da cidade da Beira, estas duas unidades territoriais possuem fortes ligações sociais, econômicas e culturais. A mobilidade populacional entre a Beira e este distrito é considerável. Adicionalmente, o Posto Sentinela de Chingussura situa-se na periferia da cidade da Beira,

uma área que também é parte da extensão do Corredor da Beira, que abrange Nhamatanda-Dondo-Beira.

Neste sentido, os dados da Ronda de Vigilância Epidemiológica de 2001-2007 estimam que a taxa de prevalência do HIV no distrito de Nhamatanda teve um aumento significativo de 22% para 30% entre a população adulta, com idades compreendidas entre 15-49 anos (GTM, 2008).

Tabela 02: Evolução das Taxas de Prevalência do HIV/AIDS no Distrito de Nhamatanda (2001-2007)

POSTO SENTINELA	PROVÍNCIA	DISTRITO	2001	2002	2004	2007
C.S. de Chingussura	Sofala	Nhamatanda	22%	29%	29%	30%

Fonte: GTM (2008)

Em função destes dados a prevalência entre os jovens com idades compreendidas entre 15-24 anos, foi estimada em 30,5% no ano de 2007 (GTM, 2008). Entretanto, conforme descrito anteriormente, a Ronda de Vigilância Epidemiológica⁵³ é baseada na estimativa de prevalência em mulheres grávidas dos 15-49 anos que compareceram a Consulta Pré-natais (CPN) em 36 postos sentinelas selecionados ao longo do país. Ainda que os dados fornecidos por este mecanismo tenham um valor importante no conhecimento da situação macro da epidemia em uma determinada região, elas têm enormes limitações quando se pretende trabalhar com ações de nível micro.

Como muito bem foi reiterado pelo GTM (2008), pelo fato dos postos sentinelas cobrirem somente ¼ dos 148 distritos existentes em Moçambique, não é aconselhável utilizar estes mesmos dados para a estimação das taxas de prevalências distritais. Em outras palavras dir-se-ia, não se aconselha a utilização destes dados para a estimação de prevalências de pequenas unidades territoriais (distritos, postos administrativos, localidades, etc.).

No mesmo diapasão, segundo MISAU e INE (2010), duas grandes limitações enfermam a Ronda de Vigilância Epidemiológica (RVE):

- i. Os dados da RVE são baseados numa amostra não representativa da população, mulheres grávidas de 15-49 anos que se dirigem à Consulta Pré Natal, não sendo representativa de outras mulheres que não estejam na mesma condição, de todas as mulheres na mesma faixa etária, de homens, nem de outros grupos etários. Por isso, os seus resultados têm uma exatidão limitada que não permite fazer extrapolações muito seguras.

⁵³ As Rondas de Vigilância Epidemiológicas (RVE) constituem os sistemas de vigilância epidemiológica de primeira geração (MISAU e INE, 2010).

- ii. Através dos dados fornecidos pelas RVE não é possível monitorar e avaliar as condicionantes socioculturais, políticas e econômicas da epidemia, nem avaliar o impacto das campanhas ou programas de informação, educação e comunicação para o combate à epidemia, que têm sido implementados por diversos atores em Moçambique.

Por estas limitações, a estimativa de 30,5% pouco ou quase nada nos diz sobre a situação de prevalência do HIV/AIDS do distrito de Nhamatanda. Esta situação abre espaços para que haja uma desconexão entre a realidade epidemiológica e as ações que são desenvolvidas para fazer frente à epidemia. As narrativas de um dos entrevistados ilustram claramente essas limitações e desconexões:

E depois as Rondas de Vigilância Epidemiológica têm limitações pelo fato de os postos sentinelas não existirem em todos os distritos e só trabalham com mulheres grávidas que vão ao hospital. (Funcionário do CNCS).

Se me perguntarem agora pela taxa de prevalência do HIV/AIDS do distrito de Nhamatanda irei dizer que é de 29%. É o que eu tenho aqui, nós estamos a trabalhar com base em dados oficiais, que são dados de 2004. É claro que são dados muito desfasados da realidade, são dados que não têm muito a ver com o que está a acontecer lá em Nhamatanda. De 2004 para cá passam muitos anos, mas são dados oficiais que temos, enquanto não existir novos dados nós continuaremos a trabalhar com estes, embora reconheçamos que são dados não muito fiáveis e relativamente desatualizados. (Funcionário do CNCS).

Outro mecanismo que tem sido utilizado para se ter à percepção da situação do HIV/AIDS a escala local é a partir dos usuários das Unidades Sanitárias. Para o caso do distrito de Nhamatanda, este mecanismo tem sido utilizado por algumas Instituições Locais como alternativa as limitações do sistema anterior. Em função deste mecanismo, os dados indicam-nos o seguinte cenário para o distrito: dos 11682 utentes que em 2010 se submeteram ao teste ao HIV, 2505 foram positivos. Em 2011 submeteram-se a teste 8654 utentes, tendo dado resultado positivo em 152 casos. Em função dos dados se verificou uma redução de 25,9% em relação aos testados e a taxa de pessoas infectadas reduziu de 21,4% em 2010 para 2,1% em 2011 (SDSMAS, 2011; NDCHIV/AIDS, 2011).

Esse mecanismo também nos fornece uma percepção geral de que realmente existem casos confirmados de HIV/AIDS no distrito e, que os níveis são alarmantes. Entretanto, se está também perante um mecanismo enfermo de quase as mesmas limitações que o anterior, não sendo fiável para a percepção da dinâmica da epidemia no distrito. Neste mecanismo os dados também são baseados numa amostra não representativa, limitando-se aos utentes testados na respectiva unidade sanitária. Esta amostra não é representativa nem sequer de

todos os potenciais utentes desta unidade sanitária, nem da área de saúde onde esta se encontra localizada. Por isso, os seus resultados têm também uma exatidão muitíssimo limitada, não permitindo fazer extrapolações muito seguras. A colocação de um dos entrevistados ilustra-nos tal situação:

Esses dados divulgados pelo setor da saúde nós também temos escutado. São dados que eles têm que usam e servem para aquilo que eles querem fazer. Mas são dados que de forma oficial nós não podemos divulgar porque são dados que não refletem muito o contexto do distrito porque são dados daqueles que vão ao hospital.
(Funcionário do CNCS).

A situação que vem sendo descrita mostra-nos uma das grandes fragilidades que existe em Moçambique quando se pretende ter a percepção da dinâmica da epidemia ou se almeja fazer o monitoramento e avaliação da situação da epidemia ao nível micro ou local, como é o caso do distrito de Nhamatanda. Este processo atinge dimensões mais alarmantes se pretendermos desagregar os dados para variáveis que não sejam o sexo e a idade.

Estas fragilidades do sistema de vigilância epidemiológica ainda que constatada pelas instituições locais (MISAU, INE, CNCS, GTM) e por instituições internacionais (UNAIDS, OMS, UNFPA), está longe de ser ultrapassada. O mais recente mecanismo que tem fornecido informação e que tem embasado uma série de ações de resposta ao HIV/AIDS em Moçambique é o INSIDA. Ainda que este seja um mecanismo de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS da segunda geração, não nos permite também ter uma percepção mais localizada da epidemia.

E pelo fato do INSIDA ter sido aplicado em Moçambique pela primeira e única vez em 2009, ainda que nos dê uma percepção da situação da epidemia em Moçambique ao nível macro, alguns dos seus achados ainda não nos permitem ter uma visão da tendência da epidemia, indicando-nos somente um estado, algo pontual num determinado período de tempo.

Estas fragilidades do sistema de vigilância epidemiológica ainda enfermam as ações de resposta moçambicana ao HIV/AIDS, passados 26 anos desde a descoberta do primeiro caso de AIDS em 1986. Ao nível do continente africano 26 países já avançaram para o sistema de vigilância epidemiológica de segunda geração, aplicando inquéritos da natureza do INSIDA. A África do Sul já aplicou inquéritos desta natureza por três vezes (2002, 2005, 2008), procurando perceber melhor a dinâmica da epidemia no sentido de desenhar ações mais consentâneas com as diferentes realidades em que a epidemia se espraia no país.

O exemplo anterior é uma evidência inequívoca de que o sistema de vigilância epidemiológica de segunda geração já vem sendo aplicado a mais de dez anos em outros

países, como um sistema que complementa as informações fornecidas pelas Rondas de Vigilância Epidemiológica, no sentido de se ter informações o mais fiáveis possível sobre a dinâmica da epidemia.

Moçambique só implementou este sistema 11 anos depois da recomendação feita pela UNAIDS em 1998 (MISAU e INE, 2010). Isto sugere que estivemos vinte e poucos anos trabalhando sobre uma epidemia que mal sabíamos sobre a forma como ela ia evoluindo, na sua especificidade e espacialidade. Esta fragilidade do sistema de vigilância epidemiológica é um dos fatores que tem afetado sobremaneira o desenvolvimento de ações mais consentâneas de combate ao HIV/AIDS, fazendo com que muitas das intervenções estejam aquém dos resultados desejados.

No seu artigo *Variação em Torno da Água*, Pereira (2011) faz menção à indagação de um dos seus interlocutores: *como pensar em medidas sanitárias gerais sem conhecer o mínimo da especificidade de um povo?* Inspirado nessa colocação, eu indagaria: *como pensar em medidas sanitárias gerais sem conhecer o mínimo da especificidade de uma epidemia?*

Esta situação é exacerbada pelo fato de se produzir poucos dados qualitativos que permitiriam o aprofundamento e um melhor conhecimento sobre as formas como a epidemia se dissemina no distrito em particular e, no país no geral. Conforme o sugerido por Villela e Veloso (2006), é necessário que se produzam dados qualitativos, que permitam aprofundar a análise dos dados quantitativos. Baseando-me no pensamento destes autores diria que os dados que são produzidos e utilizados atualmente acabam estando distantes da realidade epidemiológica que se vive do distrito de Nhamatanda, comprometendo o planejamento imediato de ações locais de saúde.

5. RESPOSTAS FRENTE À EPIDEMIA DO HIV/AIDS

5.1. Coordenação da Resposta Governamental: desfasamento entre o nível nacional e o âmbito local

A coordenação das ações de resposta frente ao HIV/AIDS no distrito de Nhamatanda é feita pelo Núcleo Distrital de Combate ao HIV/SIDA⁵⁴. Para uma melhor percepção deste processo e das atribuições do Núcleo, torna-se de suma importância a compreensão da forma como se encontra estruturado todo o processo de coordenação desde o nível nacional até ao âmbito local.

A compreensão deste processo nos permitirá obter um panorama mais clarificante sobre os alcances e limites da coordenação da ação de resposta desenvolvida pelos Núcleos Distritais de Combate ao HIV/SIDA.

5.1.1. Âmbito Nacional: Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA

Em Moçambique, desde o ano 2000 que a coordenação das ações de resposta frente ao HIV/AIDS é feita pelo Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS). Aquando da descoberta do primeiro caso de AIDS no ano de 1986, as ações de resposta eram coordenadas pelo Ministério da Saúde (MISAU). Em Agosto de 1986 criou-se o primeiro organismo de combate a AIDS, com a designação de Comissão Nacional do SIDA. Dois anos depois, em função do aumento do número de casos, são reorganizadas as estruturas de combate a AIDS, tendo sido formada uma Comissão Nacional de Combate ao SIDA, com 39 membros, provenientes do setor da saúde e de outros setores da sociedade moçambicana (CNCS, 2004).

Segundo o CNCS (2004), a Comissão foi à primeira tentativa de se operacionalizar uma abordagem multisetorial no combate a AIDS, mas ao longo de sua existência nunca conseguiu um real envolvimento de outros setores em termos políticos nem estratégicos. Só nos finais da década 90 que a liderança política do país se compenetrava da gravidade do problema e decide atuar à altura da realidade epidemiológica que se vivia no país. Foi nesse

⁵⁴ Em alguns relatórios institucionais e depoimentos coletados durante o trabalho de campo, fica evidente a dificuldade que se tem de clarificar qual é a designação que se utiliza para a estrutura de coordenação da resposta contra o HIV/AIDS nos distritos. Num dos relatórios que tive acesso durante o trabalho de campo no distrito de Nhamatanda utiliza-se a designação “Núcleo Distrital”. Entretanto ao nível provincial foi-me informado que a representação que havia nos distritos se denominava “Comissão” e não “Núcleo”. Para os fins do presente trabalho utilizarei a designação “Núcleo” por ser a comumente utilizada pelos diferentes intervenientes no âmbito das ações de resposta contra o HIV/AIDS no distrito de Nhamatanda.

contexto que se elaborou o primeiro Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/AIDS no ano de 1999, que propôs a criação de uma Comissão Inter-Ministerial da AIDS, que se denominaria por Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), com a responsabilidade de coordenar uma resposta multissetorial. Para Teixeira (1997), esta ação pode ser considerada como uma tentativa por parte do Estado de tornar a AIDS um problema de todos os setores da sociedade e não um problema essencialmente do setor da saúde.

O CNCS acabou sendo criado no ano 2000 pelo decreto Ministerial (10/2000 de 23 de Maio). O decreto criou igualmente o Secretariado do CNCS para servir como órgão executivo para a coordenação da resposta nacional. O CNCS é tutelado ao mais alto nível pelo Gabinete do Primeiro Ministro de Moçambique.

No âmbito nacional o quadro institucional do CNCS contempla um Conselho Diretivo e um Secretariado Executivo. O Conselho Diretivo do CNCS tem uma função mais política e é composto por 07 Ministros (da Saúde, da Educação, da Mulher e Ação Social, da Juventude e Desportos, dos Negócios Estrangeiros e Cooperação, das Finanças e da Planificação e Desenvolvimento), cinco organizações da sociedade civil (OMM, MONASO, AMODEFA, KINDLIMUKA e ADPP) e três individualidades, sendo uma delas um representante do Parlamento moçambicano.

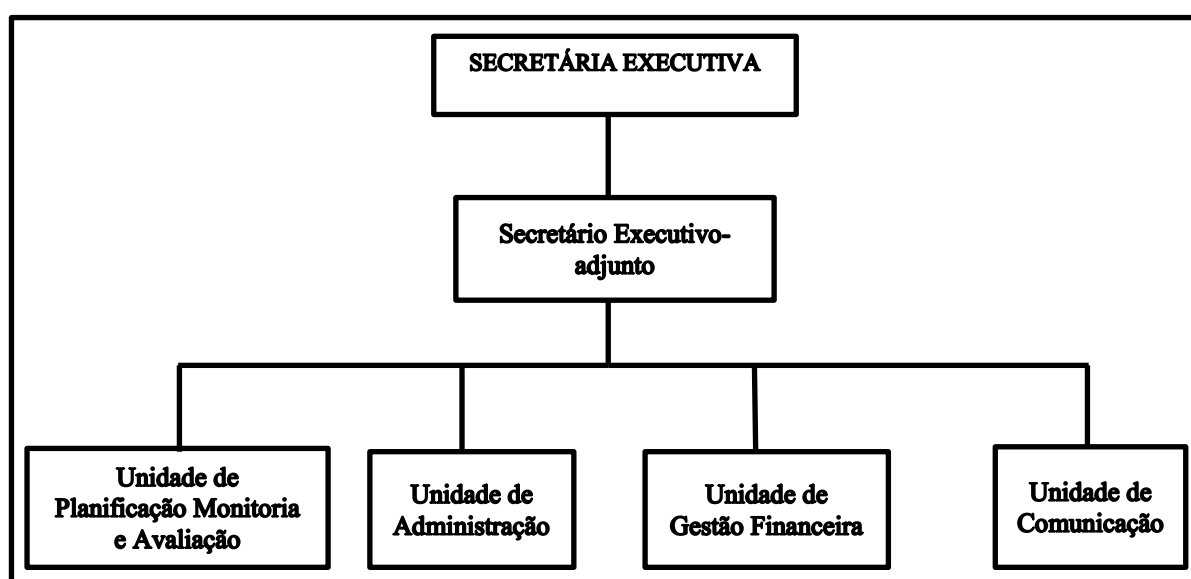
O Conselho Diretivo é presidido pelo Primeiro Ministro do Governo de Moçambique, Alberto Vaquina, tendo como vice-presidente o Ministro da Saúde, Alexandre Manguela. Ainda como membros permanentes do conselho diretivo têm-se a Secretária Executiva do CNCS e o Secretário Executivo-adjunto. O Conselho Diretivo representa a liderança e apoio político para a Estratégia Nacional de Combate ao HIV/AIDS e desempenha um papel fundamental no processo de elaboração de políticas, supervisão, avaliação e direção na administração e implementação dos programas multissetoriais.

Por sua vez o Secretariado Executivo do CNCS responde diretamente ao Conselho Diretivo do órgão, sendo presidida pela Secretária Executiva, Joana Manguela. A este órgão foi concedido o mandato de dirigir, incentivar, coordenar e monitorar todas as atividades em apoio à Estratégia Nacional (CNCS, s/d).

O CNCS dirige os esforços governamentais não médicos e é responsável pela elaboração, alocação e gestão dos orçamentos. Isto é feito basicamente através do Fundo Comum Operativo de HIV/AIDS. Aproximadamente 80% do financiamento de doadores estrangeiros (incluindo doações do fundo global) e 65% do orçamento do estado alocado ao CNCS são desembolsados através do Fundo Comum (HLSP, 2008).

Segundo HLSP (2008), este órgão foi criado sob condições administrativas e financeiras e de gestão de pessoal excepcionais. Os procedimentos padrão de serviço público foram postos de parte para tornar o aparelho mais flexível, permitindo que se faça a contratação de recursos humanos com base nos salários de mercado. Paralelamente permitiu-se que se fizesse o esboço e a implementação de um sistema de gestão financeira e de monitoria do programa “*purpose built*” e, uma abertura a medidas para melhorar a eficácia incluindo a contratação para postos de chefia conforme fosse necessário.

ORGANOGRAMA DO CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/AIDS – SECRETARIADO EXECUTIVO



Fonte: CNCS, s/d

A conjugação destes fatores permitiu que se tivesse um Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA dotado de recursos materiais, financeiros e de quadro de pessoal com condições diferenciadas das vigentes em outras instituições estatais. Todo este esforço foi empreendido com vista a fazer frente a uma epidemia que se ia disseminando a velocidades cada vez mais crescentes pelos diferentes segmentos populacionais.

Entretanto, esta estrutura do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS) embora marcante e decisiva no nível central, a mesma não se traduziu, imediatamente, em uma estrutura devidamente integrada e articulada até ao âmbito distrital.

5.1.2. Âmbito Provincial: Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA

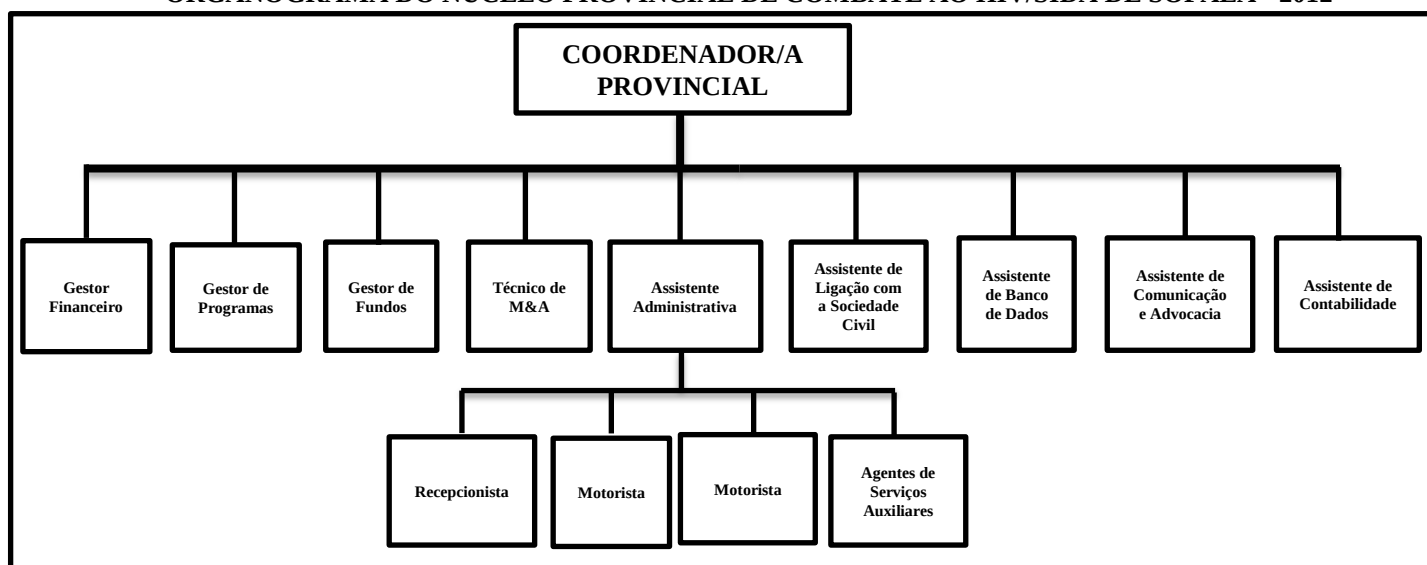
Descendo do nível nacional para o provincial, observa-se o desdobramento do CNCS em Núcleos Provinciais. Em cada uma das 11 províncias existentes em Moçambique, foi criada uma unidade de coordenação da resposta ao HIV/AIDS designada por Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA (NPCS), em que a parte diretiva é presidida pelo Governador da Província.

A semelhança das funções desempenhadas pelo Primeiro Ministro e pelo Ministro da Saúde no âmbito nacional, o Governador da Província e o Diretor Provincial de Saúde desempenham as mesmas funções no âmbito provincial. Dentro da mesma lógica do âmbito central, a direção executiva do Núcleo Provincial é feita por um/a coordenador/a provincial.

Os núcleos são os órgãos de coordenação dos planos de atividades das entidades públicas e da sociedade civil no combate ao HIV/AIDS: coordenam e orientam a constituição e o funcionamento das Comissões Técnicas Provinciais que analisam e aprovam os planos e recolhem informação sobre quem está a fazer o quê e onde.

De forma específica, os núcleos têm as seguintes atribuições: (i) selecionar projetos e programas dinamizadores; (ii) monitorar e avaliar a implementação de atividades; (iii) coordenar a elaboração de planos provinciais; (iv) coordenar os recursos técnicos e humanos; (v) recolher e compilar relatórios periódicos; (vi) participar na mobilização e alocação de fundos; (vii) co-assinam contratos entre doadores e implementadores de atividades. O Núcleo da província de Sofala encontra-se estruturado de acordo com o organograma abaixo.

ORGANOGRAMA DO NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DE SOFALA - 2012



Fonte: CNCS, s/d

A partir do organograma anterior pode-se constatar que a semelhança do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, os Núcleos Provinciais foram criados sob condições administrativas e financeiras e de gestão de pessoal. Este fato permitiu que os núcleos desempenhassem cabalmente as funções para as quais foram criados, ainda que por vezes imersos em algumas restrições financeiras e materiais.

Como se pode depreender, no âmbito provincial observa-se alguma continuidade na estrutura de coordenação da ação de resposta, o que não se estende até aos distritos. Muitas das ações implementadas no contexto da coordenação da resposta acabam terminando no nível provincial. Um dos exemplos ilustrativos desta situação relaciona-se com o processo de elaboração dos planos operacionais setoriais:

Na sequência das suas atribuições e cumprindo com o seu papel de coordenação ao nível da estrutura Central do Secretariado Executivo do CNCS, foi realizada a disseminação do Plano Estratégico Nacional III. Paralelamente ao exercício de disseminação foram elaborados os planos operacionais setoriais até ao nível da província que integram as componentes do PENIII (CNCS, 2012).

Esta situação evidencia o quanto o arranjo institucional vigente só se faz marcante e decisivo até ao nível provincial.

5.1.3. Âmbito Distrital: Núcleo Distrital de Combate ao HIV/SIDA

Saindo do âmbito provincial e entrando no distrital, onde o distrito de Nhamatanda torna-se o *locus* de análise, encontra-se o Núcleo Distrital como a entidade que tem de prosseguir com a coordenação das ações de resposta iniciadas no âmbito central, passando pelo provincial e que deveria desembocar no distrito. O distrito em Moçambique é considerado como a unidade territorial principal da organização e funcionamento da Administração Local do Estado e base de planificação do desenvolvimento económico, social e cultural da República de Moçambique⁵⁵.

É no âmbito distrital, que para os propósitos do presente trabalho se considera o nível *micro* ou local, onde a coordenação das ações de resposta deveria acontecer de forma mais consentânea em função das dinâmicas locais da epidemia. Neste âmbito dever-se-ia buscar uma melhor percepção das especificidades da epidemia no sentido de se estruturar melhor as ações e intervenções para fazer frente aos diferentes padrões de disseminação do HIV.

⁵⁵ Lei Nº 8/2003. Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE).

É basicamente com este intuito que se criaram os Núcleos Distritais. Ao nível dos distritos os Núcleos também possuem um Conselho Diretivo, seguindo o mesmo modelo que existe a partir do âmbito nacional. O Conselho Diretivo do Núcleo Distrital é presidido pelo Administrador do Distrito, tendo como vice-presidente o chefe dos Serviços Distritais da Saúde, Mulher e Ação Social. Como se pode constatar mantém-se o mesmo modelo de conselho diretivo existente no âmbito nacional e provincial.

Entretanto, não se dá o mesmo segmento no secretariado executivo. Diferentemente do que se observa nos níveis anteriores, a parte executiva do Núcleo Distrital foi criada sem nenhuma estrutura administrativa, financeira e de gestão de pessoal. Nos distritos, como é o caso de Nhamatanda, em termos de estrutura executiva o Núcleo é constituído somente por uma única pessoa, que é designado como Ponto Focal das ações de combate ao HIV/AIDS.

O fato de não haver essa continuidade na estrutura executiva cria um desfazamento no processo de coordenação das ações de resposta frente ao HIV/IDS, com pouco ou nenhum reflexo no âmbito distrital. Esta situação é exacerbada pelo fato de a figura de Ponto Focal ser um indivíduo trabalhando por vezes a tempo parcial, onde para além das atividades ligadas a coordenação das ações de resposta ao HIV/AIDS, acaba por vezes desempenhando atividades de outros setores que não possuem nenhuma ligação direta com a questão do HIV/AIDS.

Isto faz com que tenhamos por vezes uma figura que desempenha a função de coordenação de resposta em regime de “*part-time*”. Conforme a afirmação constante em uma das entrevistas feitas a um dos funcionários do CNCS:

[.....] quando se fala dos desdobramentos da província para os distritos aí começa o problema [.....]. Nós ao nível dos distritos não temos uma representação profissionalizada, temos uma representação quase que a título voluntário [.....].
(Funcionário do CNCS).

Esta situação é exacerbada pelo fato de as pessoas designadas para exercerem essas funções por vezes não possuírem vínculos de trabalho formais e formalizados. Esta afirmação pode ser atestada pelas constatações feitas no Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011 do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA:

“Alguns dos pontos focais ainda não possuem nomeação formal, o que dificulta a articulação com as outras áreas, continuando o setor da saúde a tomar a liderança das atividades de coordenação da resposta. Outros pontos focais foram indicados recentemente, pelo que não realizaram atividades de relevo durante o ano de 2011”, (CNCS, 2012).

“Perante a constatação da existência de pontos focais com algumas fragilidades e por isso com pouco dinamismo necessário para a coordenação no distrito, julga-se necessário a revisão dos Termos de Referência destes, privilegiando-se o dinamismo e capacidade para implementar as diferentes atividades da resposta nacional ao HIV e SIDA”, (CNCS, 2012).

Entretanto, é em torno desta figura que gravitam todas as ações de coordenação da resposta no âmbito distrital. O fato de ter-se um Núcleo Distrital sem uma estrutura administrativa, financeira e com recursos humanos para poder operacionalizar as atividades que se espera que os Núcleos desempenhem, faz com que as ações deste órgão não tenham um impacto satisfatório na coordenação da resposta contra o HIV/AIDS nos distritos. A falta de orçamento para a realização de atividades pode ser evidenciada pelo extrato da entrevista do ponto focal do distrito de Nhamatanda:

[.....] temos deficiência de fundos, de orçamento destinado para as atividades, especialmente para o Núcleo Distrital de Combate ao HIV/SIDA. Porque é sabido que o Núcleo Distrital não tem um orçamento de base, um orçamento alocado e gerido pelo Núcleo para fazer face às atividades ao nível do distrito [.....]. (Ponto Focal do CNCS no distrito).

A atual estrutura dos Núcleos Distritais não permite uma participação mais ampla no delineamento e execução de ações em torno da epidemia por parte das instâncias locais. A execução de uma série de ações que poderiam ajudar na busca de um melhor entendimento da dinâmica da epidemia a nível local acaba esbarrando nesses constrangimentos institucionais.

Esta situação pode ser descrita como resultado de um modelo de organização institucional verticalizado, onde a estrutura de coordenação foi pensada e estabelecida num modelo que parece alheio as particularidades e necessidades locais. A estrutura atual propicia um processo de tomada de decisão mais centralizado, em que muita das vezes não se toma em conta as singularidades dos contextos socioculturais em que a epidemia se espraia.

Conforme foi possível observar em campo, as ações do Núcleo circunscrevem-se normalmente em pôr em prática as ações pensadas e definidas em outros níveis e em outros contextos, normalmente descontextualizadas das especificidades locais. Em situações desta natureza, as atribuições do Núcleo Distrital tem apenas um valor instrumental e, normalmente, é sob forma de consulta e tomada de conhecimento (MYBURGH, 2003 ap. NHANCALE, s/d).

Um dos reflexos mais eloquentes desta situação é o fato de no distrito não existir um Plano Distrital de Combate ao HIV/AIDS⁵⁶ que oriente as ações que estão sendo implementadas. Todas as ações implementadas no distrito são norteadas por um instrumento pensado para o âmbito nacional ou provincial, onde as ações de prevenção são concebidas na

⁵⁶ Atualmente o Secretariado Executivo do CNCS iniciou um processo de descentralização que visa dotar os distritos de Planos Distritais de Combate ao HIV/AIDS. Em alguns distritos do país este instrumento já existe, mas ainda carece de algumas melhorias. Entretanto, nos locais em que este instrumento já existe os mesmos ainda não estão sendo devidamente implementados (CNCS, 2012).

base de uma racionalidade instrumental, com possibilidade de aplicação em todos os locais e da mesma maneira.

Esta situação concorre para o fracasso das estratégias de prevenção, na medida em que as ações de resposta atualmente em curso são norteadas por um instrumento não suficientemente flexível para acomodar as especificidades locais. Como nos alertam Pelúccio e Miskolci (2009), instrumentos desta natureza precisam ter plasticidade suficiente para poderem ser aplicados de forma eficaz e eficiente nos diferentes contextos.

Posso afirmar que se tem um Núcleo Distrital cujas atribuições se circunscrevem a tomada de conhecimento das ações relacionadas ao HIV/AIDS que são desenvolvidas no distrito por diferentes intervenientes: o registro de ONG-AIDS que trabalham ao nível do distrito; a emissão de pareceres de autorização a terceiros para a execução de determinadas atividades na área de combate ao HIV/AIDS; a coordenação das atividades do dia 01 de Dezembro (Dia Mundial de Luta contra o HIV/AIDS) e; a prestação de informes para diferentes entidades públicas e privadas sobre a situação do HIV/AIDS no distrito. É preciso realçar que coordenação das ações de resposta não significa tomada de conhecimento das ações que são desenvolvidas, o que parece ser que se verifica no distrito de Nhamatanda.

Estas ações que corporificam as atividades do Núcleo Distrital são desenvolvidas no lugar de um plano sistemático e organizado de prevenção. A existência de um Plano Distrital poderia permitir o alcance de resultados mais satisfatórios em função do estágio atual da epidemia no distrito de Nhamatanda.

O formato atual de estruturação dos Núcleos Distritais não permite o desenvolvimento de ações de resposta à altura da dinâmica atual de disseminação da epidemia no distrito. Ademais, este formato não permite sequer a continuidade das ações de resposta emanadas do âmbito nacional e provincial. Conforme a constatação do Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011 do CNCS:

Entre principais desafios constatados para a área da coordenação, salienta-se a necessidade de reforçar a ligação e a coordenação entre os níveis Central, Provincial e Distrital nos processos de planificação, necessidade de assegurar uma efetiva integração das atividades de HIV e SIDA nos planos institucionais, necessidade de adopção de mecanismos para o fortalecimento e estabelecimento duma interação sustentável com os parceiros locais, melhorar a partilha de informação a todos os níveis, melhorar a arquitetura e operacionalização da gestão financeira e aprimorar os mecanismos de prevenção orçamental e financiamento adequado aos planos estratégicos operacionais da resposta nacional ao HIV e SIDA (CNCS, 2012).

Numa situação como a do distrito de Nhamatanda, as ações de coordenação da resposta por parte do Núcleo Distrital acabam não se fazendo sentir ou quando se fazem os

seus resultados são tímidos e modestos, muito aquém do previsto ou desejado. Esta situação é reflexo daquilo que consideráramos de quase “inexistência” dos Núcleos Distritais, na medida em que não estão reunidas condições para coordenação das ações de resposta ao nível local. A figura de Ponto Focal está longe de conseguir criar sinergias suficientes para que se consiga alcançar um nível de resposta satisfatório tendo em conta o atual estágio da epidemia em Moçambique.

Em síntese, pode-se afirmar que enquanto houve um esforço nacional, ainda que tardio, de se criar uma estrutura funcional de coordenação da resposta de combate ao HIV/AIDS no âmbito nacional e provincial, o mesmo não se estendeu até ao distrito, tomado neste trabalho como âmbito local.

5.2. RESPOSTAS DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

[.....] os projetos desenvolvidos pela sociedade civil em Moçambique, como em outros países, têm contribuído com a expansão da resposta nacional ao HIV/AIDS (VILELLA e BARDEN-MAARDEN, 2007).

Em todos os países e populações afetadas pelo HIV/AIDS, emergiram uma série de respostas sociais. A construção destas respostas, principalmente em países onde a epidemia tem se espalhado muito rapidamente, foi envolvendo progressivamente diferentes setores sociais (VILLELLA, 1999). Desde a emergência da epidemia, um dos setores que sempre esteve ligado às ações de resposta contra o HIV/AIDS foi às organizações não governamentais. Em alguns países as ações coordenadas por estas organizações chegaram a anteceder as ações governamentais⁵⁷ (GALVÃO, 1997).

Segundo Villella (1999), do ponto de vista da sociedade civil⁵⁸, a elaboração de respostas contra o HIV/AIDS conta com a participação diferenciada de um amplo conjunto de atores, que vão desde organizações de cunho educacional, religioso, político ou comunitário; entidades, grupos, organizações voltadas para questões sociais e de saúde e; organizações criadas e desenvolvidas em função da própria AIDS.

Em Moçambique, as ações das organizações da sociedade civil são exercidas por diferentes organizações e movimentos sociais. No último Plano Estratégico de Combate ao HIV/SIDA (PEN III) reafirma-se a participação destas e do setor privado lado a lado com o Governo no desenvolvimento de um conjunto mais amplo de respostas contra a epidemia (CNCS, 2010). No PEN III reitera-se que esta parceria deve continuar a promover o desenvolvimento de sinergias e complementaridade de forças, permitindo a extensão das atividades para todo o território nacional e produzindo impacto visível nas comunidades. Os atores da sociedade civil, congregados em plataformas distritais, provinciais e nacionais de coordenação, são incentivados a desenvolver planos operacionais abrangentes de intervenção com realismo e observância dos desafios de sustentabilidade.

Entretanto, apesar de se incentivar esta parceria entre o governo e a sociedade civil, ainda se verifica alguma dificuldade de se estabelecer uma articulação produtiva e eficaz das políticas governamentais e não governamentais com uma resposta social efetiva

⁵⁷ A criação da primeira unidade fundada no Brasil pela sociedade civil antecede, em pelo menos um ano, o surgimento do Programa Nacional de AIDS (GALVÃO, 1997).

⁵⁸ A sociedade civil esta sendo tomada dentro do entendimento de Francisco (2009), que a define como: a arena da sociedade fora da família, do mercado e do Estado, onde as pessoas se associam para realizarem interesses, não só interesses comuns, mas também aspirações e interesses particulares ou mesmo privados.

(PASSADOR, 2011). Para este autor, persistem dificuldades de harmonização de pontos de vista entre as partes, o que não permite a construção de políticas públicas eficazes para fazer frente à epidemia.

A despeito desta situação, para o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA as organizações da sociedade civil constituem o maior implementador de atividades da resposta nacional contra o HIV/AIDS ao nível comunitário (CNCS, 2012). Do conjunto das organizações da sociedade civil que desenvolvem ações de resposta contra a epidemia, existem aquelas que são moçambicanas e as que são estrangeiras. O que distingue as organizações nacionais das estrangeiras é fundamentalmente a dotação de recursos e as capacidades técnico-administrativas (MONASO, 2008).

Estas organizações iniciaram as suas ações de luta contra o HIV/AIDS em Moçambique a partir dos primeiros anos da década 90, no contexto da aprovação da nova Constituição da República em 1990 (MATSINHE, 2005). No período anterior, a participação da sociedade civil estava coartada por vários constrangimentos inerentes ao próprio regime político vigente (OSISA, 2009 ap. FRANCISCO, 2009).

A nova constituição adotada em 1990 pós-fim ao regime de partido único e, criou condições para a emergência de outras formas de organização e associação para além das propaladas “Organizações Democráticas de Massa⁵⁹” da FRELIMO (MATSINHE, 2005). Para este autor, a mudança de ênfase, do esperado contributo das “Organizações Democráticas de Massa” para as ONGs e instituições religiosas, pode ser interpretada como o prelúdio da falência oficial do sistema socialista totalitário que impregnou a maneira de ser e de agir de todas as instituições do Estado no período anterior e reflete uma maior aproximação e adesão às noções e conceitos de organização social vigentes nos sistemas liberais.

Com a introdução da liberdade de associação, respaldadas pela nova Constituição, assistiu-se a um crescimento do número de organizações não governamentais em todo o país (FDC, 2008). É neste contexto que as organizações não governamentais foram se estabelecendo e se firmando como interlocutores válidos, engajados ou engajáveis na luta contra o HIV/AIDS. Entre as primeiras organizações não governamentais a surgirem e com um claro envolvimento na problemática do HIV/AIDS conta-se a AMODEFA (Associação

⁵⁹ Dentre as Organizações Democráticas de Massa ligadas ao Partido FRELIMO destaca-se a OMM (Organização da Juventude Moçambicana) e OJM (Organização da Juventude Moçambicana) (MATSINHE, 2005).

Moçambicana para o Desenvolvimento da Família, fundada em 1989⁶⁰), MONASO (Rede de Organizações envolvidas na Luta contra AIDS, fundada em 1993⁶¹), ADPP (Associação para o Desenvolvimento de Povo para Povo, atua em Moçambique desde 1982), ACTION AID (faz parte da Action Aid Internacional com sede em Londres, atua em Moçambique desde 1987), LINK FORUM DE ONGs (fundada em 1993) e KUBATSIRANA (Associação Ecumênica Cristã, fundada em 1996), (MATSINHE, 2005).

No ano de 1998 foram constituídas as primeiras associações de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, nomeadamente KINDLIMUKA na cidade de Maputo, e KUBATANA na cidade de Chimoio, província de Manica. Com o evoluir da epidemia e a necessidade de uma resposta mais efetiva e coordenada, as associações de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS uniram-se e em 2002 fundaram a RENSIDA, que significa Rede Nacional de Associações de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (MONASO, 2008).

Como se pode constatar, no âmbito das ações da sociedade civil observa-se a existência de dois tipos de organizações. As primeiras seriam aquelas organizações que já existiam antes da emergência do HIV/AIDS como problema de saúde pública em Moçambique, que acabaram incorporando questões relacionadas ao HIV/AIDS. As outras seriam aquelas organizações que foram criadas e desenvolvidas em função do surgimento e dinâmica da epidemia. Este segundo grupo pode-se enquadrar dentro da tipologia cunhada por Galvão (1997), denominando-as por ONG/AIDS. As ONG/AIDS constituem entidades fundadas para se dedicar exclusivamente a questões relacionadas ao HIV/AIDS.

De acordo com a base de dados do CNCS, até ao ano de 2003 existiam em Moçambique cerca de 200 organizações⁶² de diversos tamanhos e cariz envolvidas na luta contra o HIV/AIDS (MATSINHE, 2005). Entretanto, dados mais recentes sobre o número de organizações da sociedade civil que atualmente trabalham de forma efetiva no desenvolvimento de ações de resposta contra a epidemia são quase que inexistentes, na

⁶⁰ Esta associação foi fundada em 1989 tendo como membros fundadores maioritariamente profissionais ligados ao setor da saúde, enfermeiros, médicos e técnicos da saúde. Em 1990 passa a ONG, em função dos preceitos constitucionais proporcionados pela nova constituição (MATSINHE, 2005).

⁶¹ Esta organização iniciou as suas atividades em 1993, mas só em 1995 é que foi legalizada, tendo sido formada por membros de diferentes organizações que já trabalhavam no desenvolvimento de ações de resposta contra o HIV/AIDS. Esta se assume como uma instituição não governamental de coordenação de ações da sociedade civil de luta contra o HIV/AIDS (MATSINHE, 2005).

⁶² Para este mesmo ano os dados do INE nos indicavam que em Moçambique existiam 4853 Instituições Sem Fins Lucrativos, que no entendimento do INE se podem considerar como organizações da sociedade civil. Destas, menos de 10% das Organizações da Sociedade Civil formais encontravam-se nos principais centros urbanos, enquanto mais de 75% estavam nas comunidades rurais e distritos (INE, 2006 ap. FDC, 2008).

medida em que não existe um mapeamento atualizado destas organizações nas províncias (CNCS, 2012).

O fato de não existirem dados fidedignos sobre o número de organizações trabalhando nesta área e sobre o grau de implementação efetiva das atividades destas organizações, torna difícil obter uma percepção o mais realística possível sobre o real impacto das ações desenvolvidas por estas entidades. Apesar da falta desta informação, o CNCS considera que as respostas das organizações não governamentais frente à epidemia do HIV/AIDS estão disseminadas por quase todo território nacional, no entanto, imersas em constrangimentos de várias ordens.

Um dos principais constrangimentos destas organizações relaciona-se com os mecanismos de financiamento à disposição destas. Estas organizações trabalham com recursos provenientes fundamentalmente de fontes externas ao país, perfazendo no seu conjunto cerca de 70% dos recursos destas organizações (FDC, 2008).

A forte dependência ao financiamento externo é uma das características mais marcantes das organizações da sociedade civil desde o seu surgimento em Moçambique. Conforme nos ilustra Matsinhe (2005), as atividades da maioria das organizações da sociedade civil surgidas na década 90 no âmbito da luta contra o HIV/AIDS contavam com financiamentos da Southern Africa AIDS Trust (SAT), Embaixada da Dinamarca, Oxfam Australiana, UNAIDS e outras agências das Nações Unidas, além de vários outros doadores como a USAID, Cooperação Suíça, Cooperação Francesa, etc., que também aderiram às iniciativas de luta contra a AIDS.

Para Passador (2011), esta dependência abre espaços para que as agências internacionais imponham agendas e prescrevam modelos exógenos de mobilização e participação das populações locais. Esta situação faz com que as organizações não governamentais nacionais, não consigam se afirmar como atores preponderantes na construção de políticas públicas eficazes de combate ao HIV/AIDS.

O financiamento externo se materializa através de parcerias entre as organizações nacionais e estas instituições e organizações internacionais. Entretanto este financiamento tem um caráter provisório e muitas das vezes está imerso em uma série de condicionalismos. Normalmente quando as janelas de financiamento cessam as organizações nacionais ou encerram as portas ou passam a trabalhar muito abaixo das capacidades requeridas para seu pleno funcionamento.

Esta situação se verifica porque as organizações têm poucas alternativas de financiamento através de recursos internos. Em termos de recursos internos observa-se que as

empresas privadas e famílias contribuem com 25% e o Governo/Estado com apenas 3%. Esta situação indica-nos a fraca participação estatal no financiamento das organizações da sociedade civil⁶³ (INE, 2006 ap. FDC, 2008).

Associado a esta forte dependência ao financiamento externo, outro dos constrangimentos que permeia as ações das organizações da sociedade civil são os desequilíbrios regionais na distribuição dos recursos existentes entre as diferentes organizações localizadas nas diferentes partes do país. O que se observa é que 52% das transferências destinadas às organizações da sociedade civil acabam se concentrando em uma única cidade, a capital do país, cidade de Maputo.

Este desequilíbrio na distribuição dos recursos faz com que a maior parte das organizações localizadas fora desta cidade não consiga aceder a nenhuma fonte de financiamento até para custear despesas que se poderiam considerar básicas ou elementares para o devido funcionamento de uma organização. Outro desequilíbrio importante na distribuição dos recursos financeiros diz respeito à sua elevada concentração num pequeníssimo número de organizações, onde apenas 1% destas concentram 42% dos recursos financeiros existentes (INE, 2006 ap. FDC, 2008).

A conjugação destes constrangimentos faz com que muitas organizações da sociedade civil tenham problemas de sustentabilidade financeira. Esta situação abre espaços para que muitas delas não consigam garantir o pagamento dos ativistas que fazem trabalhos de prevenção e aconselhamento, ou mesmo o deslocamento dos voluntários que prestam cuidados aos doentes, atividade essencial em contextos de precariedade dos recursos de saúde (VILLELA e BARDEN-MAARDEN, 2007).

Para uma melhor compreensão da atuação destas organizações, em seguida far-se-á um olhar o mais de perto possível sobre o alcance e os limites das organizações envolvidas nas ações de resposta contra o HIV/AIDS. Para tal, me aproximei de uma das organizações da sociedade civil que atua no distrito de Nhamatanda.

⁶³ No Brasil as seleções públicas para projetos das organizações da sociedade civil passaram a ser de responsabilidade exclusiva das Secretarias Estaduais de Saúde, que devem repassar 10% dos recursos transferidos para projetos das organizações da sociedade civil, obedecendo a critérios referentes às características epidemiológicas, geográficas e demográficas das diferentes localidades, levando-se ainda em conta a factibilidade e o custo efetividade dessas ações (FONSECA et al., 2007).

5.2.1. O Alcance e os Limites da Resposta no Distrito de Nhamatanda

A “sociedade civil” que o Estado de direito e as ONGs internacionais pressupõem não existe *naquelas zonas*. Mas existem pessoas e uma matriz social que elas operam e que, minimamente, lhes garante condições de vida (PASSADOR, 2011).

No distrito de Nhamatanda existem vinte e oito (28) organizações não governamentais que trabalham em diferentes áreas no âmbito das ações de resposta contra o HIV/AIDS. Destas organizações, catorze (14) estão em funcionamento e as outras catorze (14) estão com as atividades paralisadas (NDC HIV/SIDA, 2012). Na tabela 03 abaixo se pode observar as organizações da sociedade civil que se encontram em funcionamento, as suas denominações, a área geográfica de abrangência e as suas respectivas áreas de atuação.

Nome da Organização	Área Geográfica de abrangência	Área de Atuação
1. KUPEDZANA	Vila-sede e Tica	Cuidados e visitas domiciliares e distribuição de cesta básica para as COV's e PVHS;
2. COMUSSANA	Vila-sede; Metuchira e Chirassícuá	ATS Comunitário;
3. ADEMAMO	Vila-sede	Distribuição de cesta básica a COV's e PVHS e apoio nutricional;
4. RUBATANO	Vila-sede	Visitas domiciliares a COV's e PVHS; Distribuição de KIT escolar e higiênico; apoio nutricional e em vestuário para COV's;
5. ASVIMO	Vila-sede; Tica e Lamego	Distribuição de cesta básica a COV's e PVHS; palestras e sensibilização; educação de COV's; apoio nutricional;
6. FUNANZACO PANHATUA	Tica	Treinamento e Assistência Psicossocial as COV's; Treinamento em corte e costura a mães jovens;
7. OJCD	Vila-sede	Palestras e sensibilização;
8. ULENDU ULIPO	Vila-sede	Palestras e sensibilização;
9. PCI-JEITO	Vila-sede	Palestras e sensibilização;
10. CVM	Todo Distrito	Palestras e sensibilização;
11. MONASO	Todo Distrito	Coordenação das ONG's;
12. CARRINHA AISSA	Lamego	Palestras e sensibilização; educação de COV's;
13. RÁDIO C.A. DA PAZ	Todo Distrito	Divulgação e disseminação de informação sobre HIV/AIDS;
14. NBATE PEDZANA	Vila-sede	Não especificado;

Fonte: Adaptado pelo autor do NDC HIV/SIDA, 2012.

Do total das organizações que se afirma estar em funcionamento, somente seis é que se encontram a exercer plenamente as suas atividades. Das que se encontram exercendo

efetivamente as suas atividades, um pouco mais que a metade está a funcionar muito abaixo das condições necessárias para o alcance dos objetivos estabelecidos no ato de sua criação. Uma destas organizações que se encontra em funcionamento, mas em condições muito abaixo das requeridas para o pleno desempenho das atividades planificadas é a *Associação Rubatano*⁶⁴ de Nhamatanda. A partir de um olhar mais próximo a situação desta organização, foi possível obter uma percepção, ainda que parcial, do estágio atual da situação em que se encontram muitas das organizações da sociedade civil existentes no distrito.

A *Associação Rubatano de Nhamatanda* é parte da *Associação Rubatano* criada e exercendo as suas atividades desde 2003, mas só constituída oficialmente a 20 de Abril de 2007 na província de Manica⁶⁵. Esta associação foi criada como uma pessoa coletiva, de direito privado, sem fins lucrativos dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Aquando da sua criação, ainda que a sua sede estivesse no distrito de Gondola, província de Manica, por deliberação da Assembleia Geral, abriu-se a possibilidade de se poder transferir a sua sede bem como abrir ou encerrar delegações, ou outras formas de representação onde e quando se julgasse conveniente.

É neste sentido que se criou a *Associação Rubatano de Nhamatanda* na província de Sofala no ano de 2008, ligada à organização principal, mas gozando de certa autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Esta associação foi criada com os seguintes objetivos⁶⁶:

- i. *Promover capacitação em atividades relacionadas com o HIV/AIDS;*
- ii. *Desenvolver ações com vista a fazer a reabilitação psicossocial das crianças, jovens, viúvas e idosos;*
- iii. *Promover o respeito e valorização das culturas dos diversos grupos sociais nas regiões em que opera;*
- iv. *Contribuir para a educação das crianças e jovens na cultura da paz, tolerância, harmonia social e respeito pelos seus direitos;*
- v. *Mobilizar e disponibilizar recursos materiais e financeiros para ações em prol da defesa dos direitos das crianças órfãs e vulneráveis e das pessoas vivendo com o HIV/AIDS;*

⁶⁴ Rubatano é um termo em língua Chona (língua africana falada na República do Zimbábwe e por algumas pessoas das províncias de Manica, Tete e Sofala em Moçambique) que significa pessoas que se juntaram e firmaram um acordo com um determinado propósito e comungam das mesmas ideias.

⁶⁵ Boletim da República, 3ª Série, Número 05 de 01 de Fevereiro de 2008.

⁶⁶ Boletim da República, 3ª Série, Número 05 de 01 de Fevereiro de 2008.

- vi. *Promover e realizar atividades de visita domiciliar a pessoas vivendo com o HIV/AIDS;*
- vii. *Criar centros de atendimento a população vivendo com o HIV/AIDS;*
- viii. *Promover e realizar atividades de visita domiciliar a pessoas vivendo com o HIV/AIDS;*
- ix. *Recolher, sistematizar e difundir valores culturais nas zonas em que opera;*
- x. *Divulgar os direitos e deveres das crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS através de debates e palestras;*
- xi. *Sensibilizar as comunidades sobre o combate ao HIV/AIDS;*
- xii. *Divulgar mensagens de preservação do meio ambiente;*
- xiii. *Ajuda domiciliária às crianças órfãs e vulneráveis e das pessoas vivendo com o HIV/AIDS;*
- xiv. *Sensibilizar a reabilitação das casas dos doentes de HIV/AIDS e outras endemias;*
- xv. *Promover a agro-pecuária e horticultura para alimentar os doentes;*
- xvi. *Promover a educação dentária para as pessoas vivendo com o HIV/AIDS.*

Esta é uma associação fundando por membros da Igreja Anglicana e norteadas por princípios de natureza religiosa, o que faz com que os seus valores estejam embasados no capítulo bíblico *Mateus 15-24*. No ato da sua criação a associação contou com o apoio de uma instituição religiosa vinda da África do Sul, o que permitiu que esta conseguisse iniciar e realizar algumas atividades até finais de 2009.

A associação tem a sua sede localizada no 10º bairro da vila sede do distrito de Nhamatanda. Para além do 10º bairro, esta associação tem como áreas geográficas de atuação os residentes do 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 9º bairro. Nestes sete bairros, a associação assiste crianças órfãs e vulneráveis residentes em 242 agregados familiares.

Esta associação pode ser considerada como uma “pequena” organização não governamental, se nos basearmos na classificação feita por Galvão (1997). A Associação Rubatano enquadra-se nessa classificação a partir da conjugação dos seguintes elementos: os integrantes desta organização não possuem remuneração; seus integrantes nunca viajaram para o exterior; seus integrantes não possuem formação universitária nem ensino médio (12º ano completo); esta entidade não possui várias fontes de financiamento; esta entidade não possui fax nem computador; etc.

Em termos de estrutura organizacional, a associação possui um Presidente e um vice-presidente. Para além dos membros da direção esta conta com 20 ativistas e 02 guardas,

perfazendo no total 24 integrantes. O trabalho dos membros da direção e dos ativistas é de caráter voluntário, não havendo nenhuma remuneração mensal para os seus membros. Neste momento, os guardas são os únicos que possuem remuneração mensal, mas o seu pagamento está condicionado à existência de fundos monetários para tal. Quando a associação se depara com períodos prolongados de falta de fundos, estes são dispensados se não estiverem em condições de aguardar até ao aparecimento de algum fundo que possa garantir o pagamento dos salários.

Os membros têm apenas direitos a honorários ou *per diem*, que só são pagos em situações em que existam fundos provenientes de um determinado projeto em que a associação esteja envolvida. No presente momento a associação não possui financiamento para nenhuma das atividades que vem desenvolvendo, estando os seus membros a trabalhar sem acesso a nenhum desses mecanismos de compensação monetária.

Neste momento o único mecanismo de incentivo que a associação consegue proporcionar aos ativistas é a garantia de uma refeição (almoço) nos dois dias de trabalho semanal (terças e quintas feiras). Os produtos e os dinheiros para custear essas refeições provem da venda de parte das hortícolas e verduras que a associação cultiva no recinto da mesma e, do dinheiro cobrado a população pelo consumo de água da fontanária⁶⁷ que pertence à associação. A população que vive nas imediações da associação, paga 01.00 MT por cada recipiente de 20 litros de água tirados da fontanária. Conforme a narrativa do presidente da associação:

Como há outros voluntários do bairro e alguns da comunidade que vão fazer trabalhos da associação na comunidade, estes quando regressam ao meio dia tem direito a passar refeição aqui no Centro. Assim o que está a garantir o funcionamento da associação é a fontanária. Pela utilização temos cobrado a população 01.00 MT por cada recipiente de 20 litros de água, e o dinheiro serve para a manutenção do Centro e da Associação. (Presidente da Associação).

Entretanto, os valores arrecadados por meio destas duas fontes não permitem que a associação tenha encaixe financeiro suficiente para custear as suas atividades nem para pagar uma remuneração mensal aos seus membros. Este baixo encaixe financeiro faz com que os trabalhos desenvolvidos tenham um caráter voluntário. Conforme a colocação de Galvão (1997), o caráter voluntário das organizações criadas para fornecer respostas da sociedade civil para epidemia do HIV/AIDS acaba colocando certos limites no alcance de determinados objetivos.

⁶⁷ A associação possui 03 fontanárias, em que uma funciona no recinto da associação. As outras duas foram doadas em 2012, por uma instituição religiosa vinda dos Estados Unidos da América. As mesmas foram montadas no 3º e 4º bairro do distrito.

No caso da Associação Rubatano, os limites dos trabalhos de caráter voluntário acabam tendo os seus contornos mais visíveis entre os ativistas. O fato de estes serem colocados a par das condições de trabalho existentes aquando da sua adesão à associação, isso não os isenta de desenvolver determinada expectativa em relação a uma possível remuneração futura. Com o passar do tempo e com o agudizar das dificuldades de acesso a financiamentos por parte da associação (os constrangimentos relacionados ao acesso ao financiamento será retomado posteriormente), o número de ativistas existentes tem sofrido flutuações ao longo do tempo. É frequente registrarem-se casos de desistências por parte dos ativistas quando as suas expectativas em torno de uma possível remuneração ou compensação financeira em médio prazo não são alcançadas.

Os casos de desistências constituem um grande constrangimento para a associação, na medida em que muitos dos que desistem já possuem alguma experiência adquirida ao longo do tempo de trabalho na associação. Em alguns casos, os ativistas se beneficiaram de alguma capacitação em questões relacionadas à prevenção do HIV e cuidados domiciliares a PVHS, capacitação esta que a associação não tem capacidade imediata de proporcionar aos novos voluntários. Adicionalmente a esta situação, os casos de desistências acabam criando descontinuidades nos trabalhos desenvolvidos pela associação, na medida em que a desistência de um/a ativista significa que determinada criança órfã e vulnerável ou PVHS ficará sem assistência por um determinado período de tempo.

Atualmente a associação presta assistência a 407 crianças órfãs e vulneráveis (COV), das quais 217 são do sexo feminino e 190 do sexo masculino. As idades das crianças assistidas variam dos 04-05 anos. O trabalho de assistência as COV feito pelos ativistas foi relatado nos seguintes termos pelo presidente da associação:

[.....] mas agora como não temos nada, nenhum apoio, estamos a ajudar as crianças na parte de higiene pessoal e também ajudamos na execução dos trabalhos da escola. Vemos que o aluno tem dificuldades de leitura e escrita e prestamos ajuda. Também na parte da limpeza corporal e prevenção de doenças. Em alguns casos assistimos também a própria Mãe da criança sobre questões relacionadas à prevenção da malária. E não é só, fazemos também outras coisas como ensinar a criança a lavar prato, a lavar a roupa, cortar unha, muita coisa. (Presidente da Associação).

Como se pode constatar nesta narrativa, as ações de assistência consistem fundamentalmente em: (i) ajudar as crianças na realização dos trabalhos da escola (TPC); (ii) limpeza das casas, higiene corporal (tomar banho, escovar dentes, cortar as unhas, cortar cabelos, lavar a roupa); (iii) pequenas ações de prevenção de doenças como a Malária.

Num passado recente, para além desta assistência prestada as crianças órfãs e vulneráveis como um todo, três delas recebiam apoio em cesta básica de produtos alimentares, doados no âmbito de uma parceria que estabeleceram com uma instituição religiosa estrangeira. Infelizmente este apoio só teve a duração de um ano, tendo iniciado em 2011 e terminado em meados de 2012. O grande problema deste apoio estava relacionado a alguns condicionalismos que o mesmo impunha em que restringia o apoio somente a três crianças. Outro senão esteve relacionado com o seu término, criando descontinuidades nas ações de assistência prestadas pela associação, o que não concorre para o alcance de resultados satisfatórios e duradouros de médio e longo prazo.

Paralelamente a assistência a crianças órfãs e vulneráveis, os ativistas desenvolvem outras atividades como: (iii) campanhas de sensibilização a população para que estas se dirijam as unidades sanitárias em casos de doenças; (iv) campanhas de sensibilização e prevenção do HIV; (v) sensibilização das mulheres grávidas para a utilização de redes mosquiteiras; e (vi) sensibilização da comunidade sobre os riscos de determinadas práticas culturais como o *Pita Kufa*⁶⁸.

Como se pode constatar, estas atividades correspondem a cerca de 1/5 do total dos objetivos definidos no ato da criação desta associação. Segundo os seus responsáveis, esta situação se deve a falta de financiamento com que a organização se depara à já muito tempo para operacionalização de uma série de ações programáticas. Segundo Fontes (1999), a falta de financiamentos institucionais é uma das grandes limitações com que os projetos das ONGs estão relacionados.

No caso concreto da *Associação Rubatano de Nhamatanda*, um dos exemplos mais eloquentes desta situação relaciona-se com as ações de cuidados domiciliares a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Os membros desta associação participaram numa formação sobre Cuidados Domiciliares a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS entre 01 a 12 de Abril de 2009, promovida pelo Ministério da Saúde de Moçambique. Neste momento passam-se três anos desde que os ativistas desta associação tiveram a referida formação. Desde então a associação nunca conseguiu implementar as atividades de cuidado domiciliar previstas apesar dos seus ativistas já possuírem formação para tal e já terem conseguido uma autorização oficial

⁶⁸ O *pita-kufa* ou *kutxinga* são rituais de purificação da viúva. Segundo este ritual, uma viúva é considerada como estando contaminada depois da morte do seu marido e para impedir a disseminação de má sorte causada por repercussões do mundo espiritual, é necessário haver um ritual de purificação. Tradicionalmente a purificação é feita através de relações sexuais com um dos familiares do sexo masculino do seu falecido marido (SAVE THE CHILDREN e FAO, 2009). No âmbito das campanhas de prevenção do HIV, tem se feito campanhas de modo a se fazer este mesmo ritual na base de banhos com ervas e outros ingredientes que podem substituir a prática de relações sexuais como previsto na cerimónia original.

emanada pelo Ministério da Saúde, como se pode constatar na fala do presidente da associação:

Em 2009 fomos formados em cuidados domiciliares de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Quando terminou a formação não conseguimos nenhum financiador nem doador para nos doar Kit de medicamentos. Então o setor da saúde informou-nos que não podíamos implementar esta parte de cuidados domiciliares a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS porque nós não tínhamos Kits de medicamentos [.....]. (Presidente da Associação).

Segundo os membros do Conselho de Direção, esta situação se deve ao fato da associação não possuir Kits de Saúde para cuidar dos PVHS e, o Ministério de Saúde condiciona o exercício efetivo desta atividade à existência do referido Kit. A associação não possui recursos financeiros para a aquisição do referido Kit pelo fato desta nunca ter conseguido aceder a nenhum financiamento que possibilitasse tal compra. O problema do financiamento é um dos maiores constrangimentos com que se deparam as organizações da sociedade civil em Moçambique. Muita das vezes a existência destas organizações está condicionada a sua capacidade de mobilizar financiamentos tanto internos como externos.

Como foi referenciado anteriormente, a principal fonte de financiamento destas organizações são as entidades doadoras internacionais. Este processo é efetivado a partir de duas vertentes fundamentais:

- (i) Contato direto com as entidades doadoras internacionais nos países de origem;
- (ii) Contato com entidades ou organizações não governamentais internacionais que atuam em Moçambique.

No caso da Associação Rubatano, esta sempre sobreviveu através de pequenas doações provenientes de algumas pessoas singulares e instituições estrangeiras de caridade. Segundo os seus responsáveis, esta nunca conseguiu ter acesso nem a fundos provenientes de Organizações Não Governamentais Internacionais que atuam em Moçambique nem a fundos provenientes de entidades nacionais (setor privado e o Estado).

Quanto ao financiamento nacional, a situação vislumbra-se cada vez mais complicada, principalmente depois do encerramento dos subprojetos financiados pelo SE-Conselho Nacional de Combate ao HIV/AIDS (CNCS, 2012). Esta situação é mais bem clarificada pela fala de um dos funcionários do CNCS:

No passado o CNCS financiava projetos das organizações da sociedade civil. Deve estar recordado que nós em 2003, 2004 até 2008 financiávamos projetos, isto é, nós dávamos dinheiro aos nossos parceiros para implementar ações de combate ao HIV/SIDA, mas de 2008 para cá o CNCS deixou de financiar [.....]. (Funcionário do CNCS).

Com o encerramento dos subprojetos financiados pela entidade, as dificuldades de continuidade para grande parte das organizações da sociedade civil tornou-se uma realidade. Esta situação é verificável tanto para as organizações que em determinado momento conseguiram aceder a estes fundos, como para as que um dia aspiravam poder aceder a esse financiamento. No atual cenário as organizações da sociedade civil ficaram dependentes somente de financiamentos diretos por parte dos parceiros internacionais. É nesta situação que se encontra a Associação Rubatano, que tem uma série de atividades delineadas, mas que não são operacionalizadas por falta de meios financeiros e materiais. O que esta associação consegue arrecadar através de fontes próprias não é suficiente para custear as suas atividades. Como se pode constatar num dos extratos de uma das entrevistas feitas ao presidente da associação:

Estamos garantir o funcionamento da associação através dos valores pagos pela utilização da fontanária por parte da população. Esse dinheiro dá somente para custear pequenas coisas, para a gente poder comprar papéis, canetas, etc. (Presidente da Associação).

A situação de falta de financiamento vivenciada por esta organização é extensiva às outras organizações da sociedade civil existentes no distrito, o que nos pode sugerir que é uma situação que está sendo experimentada por outras organizações localizadas em diferentes partes do território nacional. Durante o trabalho de campo foi possível constatar que a falta de financiamento é a principal causa da paralisação das atividades da maior parte das organizações da sociedade civil que atuam na área do HIV/AIDS no distrito de Nhamatanda.

Um dos mecanismos que tem sido utilizado nos últimos tempos pelas Organizações e Entidades Internacionais para financiar algumas Associações Comunitárias de Base é a partir de fundos disponibilizados através de concursos públicos (CNCS, 2012). Estes concursos são divulgados fundamentalmente através da internet, circulando por e-mail ou nos sites de algumas organizações, e através dos jornais impressos de maior circulação no país. Um dos exemplos destes fundos é o PEPFAR (Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos da América para o Alívio do SIDA). Este fundo destina-se a apoiar a realização de atividades de projetos comunitários com foco na transmissão do HIV. Para se aceder a esse fundo, a Embaixada dos Estados Unidos da América solicita propostas de organizações legalmente registradas de base comunitária, religiosas e não governamentais, incluindo instituições de comunicação social (vide o anexo 02).

Se tomar o caso da Associação Rubatano como a unidade de análise, mecanismos de financiamento dessa natureza acabam se tornando de difícil acesso para muitas Organizações

Comunitárias de Base. Para o caso da Associação Rubatano foi possível observar que esta situação se verifica por quatro razões principais:

- (i) os concursos públicos de financiamento são divulgados nos jornais de maior circulação no país (Jornal Notícias, Diário da Beira, Jornal Savana, Domingo, Jornal Zambeze, Magazine Independente, Jornal O País, etc.), cuja circulação está fundamentalmente circunscrita às áreas urbanas, fazendo com que estas informações não cheguem a tempo e hora às organizações que se encontram fora do espaço urbano⁶⁹;
- (ii) o acesso a esses financiamentos é feito através do desenho e submissão de uma proposta técnico-financeira do projeto a ser implementado. Este é um requisito que a Associação Rubatano tem enormes dificuldades de satisfazer tendo em conta a capacidade técnica existente para a concepção da proposta e, dos recursos existentes para o desenho da mesma;
- (iii) o acesso a esses financiamentos está condicionado a uma série de exigências em termos de estrutura organizacional, que a Associação Rubatano não possui;
- (iv) o acesso a esses financiamentos está condicionado por vezes a uma contraparte financeira das organizações, condição que é impossível a Associação Rubatano satisfazer neste preciso momento.

Estes e outros condicionalismos⁷⁰ fazem com que organizações em situações similares a da Associação Rubatano tenham enormes dificuldades de aceder aos mecanismos de financiamento proporcionado pelas Organizações e Entidades Não Governamentais Internacionais. A falta de financiamento faz com que muitas associações como a Rubatano se encontrem atualmente a desenvolver as suas atividades em situações muito abaixo das condições básicas para o funcionamento de uma determinada organização, estando outras com as atividades totalmente paralisadas.

⁶⁹ Esta situação poderia ser ultrapassada através da divulgação destas oportunidades de financiamento pelas Comissões Distritais de Combate ao HIV/SIDA junto às organizações da sociedade civil no distrito. Isto não se faz sentir no distrito de Nhamatanda, em que a Comissão Distrital por vezes também chega a não ter conhecimento destas oportunidades de financiamento.

⁷⁰ O PEPFAR privilegia o financiamento a projetos comunitários com foco na prevenção da transmissão do HIV. Este financiamento acabava deixando de lado uma série de projetos comunitários voltados para assistência a PVHS. Segundo Villela e Barden-Maarden (2007), países exitosos no combate ao HIV, como o Brasil, parte do sucesso obtido está relacionado à estreita parceria entre governo e sociedade civil na implementação de ações conjuntas, múltiplas e articuladas, visando simultaneamente **prevenção e assistência**.

Para o caso das organizações que já vinham desenvolvendo alguma atividade com algum impacto nas comunidades em que intervém, esta situação acaba criando descontinuidades nas ações de resposta a epidemia.

A conjugação destes constrangimentos faz com que o impacto das ações desenvolvidas pela Associação Rubatano tenha um alcance muito limitado no âmbito das ações de resposta contra o HIV/AIDS.

6. AÇÕES DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS VOLTADAS PARA OS JOVENS

As ações programáticas de prevenção do HIV/AIDS direcionadas para os jovens (15-24 anos) no distrito de Nhamatanda estão centradas no Programa Geração Biz. É por meio deste programa que têm sido avançadas uma série de ações com vista à redução da vulnerabilidade dos adolescentes e jovens a infecção pelo HIV.

6.1. PROGRAMA GERAÇÃO BIZ

O Programa Geração Biz (PGB) é um programa multissetorial de promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva e prevenção de HIV entre adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos (PGB, 2007). Este representa o maior programa de prevenção do HIV direcionado para os adolescentes e jovens (PGB, 2008). Este programa foi lançado em 1999 pelo Governo de Moçambique e pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA).

O programa está sendo implementado com o objetivo de expandir o acesso de adolescentes e jovens moçambicanos ao conhecimento e habilidades para a vida, e aos serviços clínicos adequados na área de educação e prevenção em Saúde Sexual e Reprodutiva e Infecções de Transmissão Sexual, incluindo o HIV/AIDS.

Este é um programa multissetorial que envolve três ministérios: o Ministério de Juventude e Desportos, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Estes três ministérios coordenam as atividades e trabalham de perto com organizações não governamentais selecionadas, redes e associações juvenis para maximizar o alcance e a eficácia das intervenções. Estas atividades relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva e HIV/AIDS são conduzidas ao nível central, provincial, distrital e ao nível das comunidades.

O Programa é denominado Geração Biz, um nome escolhido pelos adolescentes e jovens para representar a sua geração e enfatizar o fato de que eles devem exercer o protagonismo na proteção da própria saúde sexual e reprodutiva. O termo “Biz” em Moçambique tem o significado de muita ocupação, muita preocupação. A idéia subjacente a este nome é a de que os adolescentes e jovens em Moçambique vivem em uma geração que precisa ficar muito preocupada com a prevenção do HIV/AIDS, pois esta é uma doença ainda incurável, que se expande rapidamente pelo território nacional.

6.1.1. Meta e Objetivos

A meta do programa é o de melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, incluindo a redução na incidência da gravidez precoce, Infecções de Transmissão Sexual e HIV dentro deste grupo populacional, promovendo atividades institucionalizadas dentro dos ministérios e multissetorialmente coordenadas, que capacitam os jovens com os necessários conhecimentos, habilidades e acesso a serviços de qualidade (PGB, s/d).

6.1.1.1. Objetivos do Programa

- i. Favorecer um ambiente político e a consciência pública da comunidade, no âmbito provincial e nacional, que seja encorajador e favorável a provisão de programas de informação, educação e promoção de mudanças de comportamentos, bem como a provisão de serviços para a melhoria da SSR/ITS/HIV/AIDS;*
- ii. Prover informação, educação e aconselhamento aos adolescentes e jovens na escola e fora dela, de forma que estes possam ampliar e aperfeiçoar os conhecimentos, as habilidades, os comportamentos e as práticas em relação à saúde sexual e reprodutiva;*
- iii. Tornar acessível aos adolescentes e jovens na escola e fora dela, os serviços que satisfaçam as suas necessidades em saúde sexual e reprodutiva;*
- iv. Fortalecer os mecanismos de envolvimento dos jovens em todos os aspectos do programa, com participação importante de jovens de ambos os sexos;*
- v. Fortalecer a coordenação multissetorial;*
- vi. Assegurar a consciência de género e a equidade de género como componente fundamental de todas as atividades de SSR/ITS/HIV/AIDS.*

6.1.2. Redução da Vulnerabilidade

Desde o seu início, o PGB sempre procurou manter a preocupação em buscar inovações na construção de uma resposta mais efetiva aos problemas de saúde coletiva no campo da Saúde Sexual e Reprodutiva, ITS e HIV/AIDS. Desde a sua concepção vem desenvolvendo políticas e ações de prevenção com vista à redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens moçambicanos nas suas três dimensões: individual, social e programática (PGB, s/d).

DIMENSÃO	AÇÕES
Individual	(i) Desenvolver habilidades para a vida, através do aconselhamento, intervenções face a face e materiais de comunicação; (ii) Promover a solidariedade e o respeito aos portadores de HIV/AIDS; e (iii) Oferecer serviços adequados que proporcionem as condições de reflexão e aumento do grau de consciência que estes indivíduos têm e o poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência.
Social	(i) Incentivar ações de advocacia para as questões dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e jovens; (ii) Promover a cidadania através de uma política de inclusão das associações juvenis no espaço formal de representatividade no país; (iii) Promover o associativismo e o protagonismo juvenil; (iv) Aumentar a participação da rapariga no Programa e na Escola; (v) Desenvolver estratégias de comunicação direcionadas às normas culturais de modo a se fazer uma reflexão crítica e transformadora; (vi) Estabelecer parcerias com outras organizações de modo a propiciar geração de renda àqueles já envolvidos; (vii) Realizar pesquisas sócio-demográficas para compreender melhor o comportamento e os determinantes culturais nas práticas sociais; (viii) Ampliar a discussão sobre o respeito à diversidade sexual; (ix) Promover a cidadania; (x) Estimular políticas que garantam a solidariedade e o respeito pelos portadores do HIV/AIDS;
Programática	(i) Oferecer Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SSAJ), Serviços de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS); (ii) Oferecer preservativos e outros insumos de prevenção; (iii) Desenvolver material informativo com vista à mudança de comportamento; (iv) Prover formações e treinamentos.

6.2. Lenta Expansão do Programa versus Rápida Disseminação da Epidemia

[.....] convivemos tanto com a falência dos grandes modelos criados para explicar e enfrentar a doença, a burocratização das respostas frente à epidemia, como com a **lentidão do Estado para implementar ações à altura do grave problema de saúde pública que representa a infecção pelo HIV** (MANN, 1993 ap. GALVÃO, 1997. grifo meu).

O Programa Geração Biz teve seu início no ano de 1999 como um projeto-piloto na cidade de Maputo e na província da Zambézia (PGB, 2007). Três anos depois, em 2002, iniciaram com as atividades nas províncias de Gaza, Maputo província e Tete. Em 2003 expandiram as atividades para a província de Cabo Delgado (PGB, s/d). Em outras palavras dir-se-ia que o programa levou quatro anos para alcançar a metade das províncias existentes no país.

No ano de 2004 a componente clínica foi expandida para a província de Inhambane. Em 2005 o programa passou a ser desenvolvido também na província do Niassa e foram adicionadas as componentes escolar e comunitária na província de Inhambane (BENAVENTE et al., 2007). Nos finais de 2006 o programa foi lançado na província Sofala, mas o início efetivo das atividades só se verificou no ano de 2007 (PGB, 2007). Como se pode observar, o programa foi se expandindo de forma gradual pelas diferentes províncias do país. Este ritmo lento que caracterizava a expansão das ações de prevenção do HIV no âmbito do programa, contrastava com a velocidade com que a epidemia se disseminava em diferentes partes do território nacional. No ano 2000 as estimativas da Ronda de Vigilância Epidemiológica apontavam para uma taxa de prevalência nacional estimada em 12,2%, que foi subindo até alcançar os 16% no ano de 2007 (GTM, 2008).

Este aumento que se observava na taxa de prevalência exigia a implementação de ações mais enérgicas e em consonância com a realidade epidemiológica que se vivia no país. Até final de 2007 o programa se encontrava implantado em nove das onze províncias do país, com expectativa de que em 2008 entrasse em funcionamento nas províncias de Nampula e Manica, cobrindo desse modo todo o território nacional (PGB, 2007). Somente em 2009 é que o programa atingiu todas as 11 províncias do país, estimando-se que o mesmo tivesse alcançado um total de 3.183.906 adolescentes e jovens, representando aproximadamente 44,5% da população total do país dentro destes grupos populacionais (UNFPA, 2010).

Ainda que um pouco mais que a metade (55%) dos adolescentes e jovens moçambicanos continuasse sem os aportes que poderiam ser fornecidos por este programa, no

entendimento dos idealizadores do Programa Geração Biz, este ritmo com que se fazia a expansão do programa estava dentro das previsões estabelecidas por estes, sendo considerado satisfatório:

De forma global o programa superou em cerca de 4,5% a meta de cobertura de população (40% até ao final de 2009) de adolescentes e jovens alcançados pelo programa até ao final de 2009, na faixa etária dos 10-24 anos (UNFPA, 2010).

Buscar atingir quase metade do grupo alvo 10 anos depois de o programa ter iniciado é uma meta pouco ambiciosa e no meu entendimento demonstra uma lentidão generalizada das respostas à realidade epidemiológica.

De forma mais localizada, um dos exemplos magníloquos desta lenta expansão é o caso da província de Sofala, na região Centro de Moçambique. Segundo as estimativas das Rondas de Vigilância Epidemiológica de 2001, 2002 e 2004, a província de Sofala contava com as maiores taxas de prevalência do país (25%, 25%, 24%) (GTM, 2008). Até finais do ano de 2006 o Programa Geração Biz ainda não tinha iniciado com as suas atividades nesta província, fazendo com que milhares de adolescentes e jovens não se beneficiassem dos aportes que poderiam ser fornecidos por este programa.

Cabe ainda reiterar que o fato de se afirmar que as atividades iniciaram numa determinada província, não significa que estas já abarcassem todos os distritos, postos administrativos ou localidades dessa mesma província. A expansão tardia e gradual se dá em dois momentos. Por um lado houve uma lenta expansão para determinadas províncias (capitais), por outro se verifica a mesma lentidão de expansão dentro das províncias, isto é, para os distritos, postos administrativos e localidades constituintes de uma determinada província.

Nos finais de 2006 o programa só se encontrava em 100% dos distritos de Gaza, Maputo Cidade e Maputo Província, 11 (65%) de Cabo Delgado, 09 (53%) da Zambézia e 08 (62%) de Tete (PGB, 2007). Até o 3º trimestre de 2011, este programa só tinha alcançado 55% dos postos administrativos do país. Em outras palavras isto pode significar dizer que quase a metade dos adolescentes e jovens moçambicanos ainda não se beneficiava das ações deste programa (PGB, 2012b).

No caso da província de Sofala, as atividades iniciaram no ano de 2007 e somente em 2011 é que se alcançaram todos os 13 distritos da província, sendo o distrito de Muanza o último a ser abrangido (PGB, 2011). Se até ao ano de 2012 o programa já se encontrava instalado em todas as 13 sedes distritais da província, este só abrangia 23 postos administrativos, que perfazem 65% dos existentes (PGB, 2012a). Isto sugere que até ao

presente momento, adolescentes e jovens de 45% dos postos administrativos da província de Sofala ainda não se beneficiam de nenhuma ação programática de prevenção do HIV.

A situação que vem sendo descrita indica-nos o quanto a implementação deste programa nas diferentes partes do país contrasta com a velocidade de disseminação da epidemia. Enquanto o programa vai se expandindo gradualmente, a taxa de incidência se mantém estabilizada a níveis altos na maior parte do país. Esta situação prevalece 26 anos após a descoberta do primeiro caso de HIV/AIDS em Moçambique, um país com uma epidemia generalizada, aonde a muito vem se afirmando que os adolescentes e jovens constituem um dos segmentos populacionais mais vulneráveis à epidemia.

6.3. Financiamento do PGB: um programa multissetorial sem posse nacional

Mas o apoio fornecido pelas agências de cooperação internacional está mudando drasticamente [.....]. Estas mudanças que estão ocorrendo no cenário das agências de cooperação abalam a condução das políticas locais relativas à AIDS [.....] (GALVÃO, 1997).

Aquando do seu início o Programa Geração Biz contava com apoio técnico da Pathfinder International e do United Nations Fund for Population (UNFPA) e apoio financeiro do próprio UNFPA e das agências bilaterais de cooperação dos Governos da Dinamarca (DANIDA), Noruega (NORAD) e Suécia (SIDA). Em termos orçamentais o programa teve um custo de USD 5.064.330,69 no ano de 2006. Para o ano de 2007 previa-se um custo na ordem dos USD 4.990.700 (PGB, 2007).

A questão do financiamento possivelmente seja uma das componentes mais frágeis do Programa Geração Biz. Desde o início do programa só foi possível operacionalizar uma série de ações delineadas através do financiamento feito pelas instituições internacionais anteriormente mencionadas. Atualmente o programa debate-se com graves constrangimentos de ordem financeira, pondo em causa a continuidade de uma série de ações previstas.

Esta situação se deve por um lado à retirada de alguns financiadores, por outro se deve a diminuição dos valores alocados pelos que ainda continuam a financiar. Como nos descreve uma das entrevistadas:

A parte financeira é um dos grandes constrangimentos do programa, à medida que os anos vão passando os valores alocados também vão decrescendo. E se reduzem num momento em que estamos a precisar para a realização de uma série de atividades. (Funcionária do PGB de Base Escolar).

Dizer que agora o UNFPA está a se retirar paulatinamente, está a reduzir os montantes alocados em relação à fase inicial do programa aqui na província de Sofala. [...] Já está claro que a qualquer momento o UNFPA deixará definitivamente de apoiar o programa. (Funcionária do PGB de Base Escolar).

Paralelamente a essa situação, o fato das atividades previstas pelo programa nunca terem sido assumidas de forma clara em termos orçamentais pelo Estado moçambicano, através dos Ministérios que tutelam o programa, faz com que este se encontre atualmente quase que num estado de hibernação.

Até ao ano de 2006, sete anos depois de o programa ter entrado em funcionamento, apesar das atividades do Programa Geração Biz estarem incorporadas nos planos setoriais do Ministério de Educação e Cultura e, do Ministério da Juventude e Desportos, para estas atividades ainda não tinham sido afetados recursos financeiros significativos oriundos do Orçamento Geral do Estado moçambicano, dificultando a operacionalização de determinadas ações já programadas (PGB, 2007).

Esta situação evidencia o quanto o programa continuava tendo uma forte dependência ao financiamento externo para o seu funcionamento e, a falta de uma estratégia de apropriação financeira⁷¹ gradual do programa por parte do Estado moçambicano. A falta de uma estratégia de apropriação financeira gradual dos programas por parte do Estado abre espaços para problemas de continuidade e expansão dos programas pelo território nacional, sempre que se verifica uma retirada ou diminuição dos financiamentos por parte dos financiadores internacionais.

Até ao ano de 2007 o Ministério da Juventude e Desportos e as respetivas Direções Provinciais não contavam com recursos significativos, seja do próprio Orçamento Geral do Estado (OGE), seja de outros mecanismos de financiamento como ocorre em outros setores (fundos comuns) (PGB, 2007).

Para o caso do Ministério da Educação, previa-se que em 2007 os recursos financeiros do MEC⁷²/FASE⁷³ fossem alocados para custear parte das atividades do Programa Geração Biz no Ministério. Todavia, essa fonte de financiamento não garantiria sustentabilidade

⁷¹ O caso brasileiro pode servir de exemplo como um País que recebeu do Banco Mundial (BM) financiamento para políticas nacionais de prevenção e assistência à AIDS, mas que gradualmente foi assimilando e mantendo os programas governamentais com fundos internos. Em 1994 o Brasil recebeu um empréstimo de 160 milhões de dólares do BM aos quais foram acrescidos 90 milhões de dólares de contrapartida por parte do Tesouro Nacional. Em meados de 1998 foram finalizadas negociações para um segundo acordo, onde o BM emprestou 165 milhões de dólares com uma contrapartida de 135 milhões do governo brasileiro (PARKER et al., 1999). Um novo contrato foi estabelecido com o Banco Mundial em 2002, o assim denominado “AIDS III”, com duração de três anos. O valor do projeto foi desta feita de US\$ 100 milhões, com uma contrapartida equivalente do governo brasileiro (FONSECA et al., 2007).

⁷² Ministério da Educação e Cultura de Moçambique

⁷³ Fundo de Apoio ao Setor da Educação (FASE).

financeira do programa na medida em que os fundos do MEC/FASE eram aplicados numa base rotativa entre os diferentes programas do Ministério, podendo nos anos seguintes serem alocados para outros programas (PGB, 2007). Por causa destes constrangimentos financeiros algumas atividades previstas no programa não têm sido operacionalizadas ou quando acontecem não obedece à regularidade estabelecida:

[.....] por exemplo nós temos previstos no programa a realização de encontros técnicos de avaliação do programa. No ano passado não se realizou devido à falta de fundos para tal. (Funcionária do PGB de Base Escolar).

Concomitantemente a esta situação, os ativistas ou educadores pares deixaram de ter acesso ao subsídio de 250. 00 MT (cerca de 9.0 USD) que recebiam por dia nos encontros técnicos trimestrais. Este valor servia para subsidiar o transporte e alimentação do ativista durante aquele dia de trabalho. A retirada deste subsídio está criando certo descontentamento no seio dos ativistas ou educadores pares, fazendo com que em alguns casos abdicuem das suas funções no programa:

O jovem sentiu-se lesado porque realmente aqueles 250.00 MT por trimestre faziam alguma diferença. A retirada dos valores criou alguma desmotivação. E o Programa Geração Biz não funciona sem os ativistas. (Funcionária do PGB de Base Clínica).

Aqueles 250.00 MT que recebíamos era pouco sim, mas pelo menos era alguma coisa. Aquele dinheiro nos moralizava e servia pelo menos para comprar sabão para lavar a camiseta do programa [.....]. (Ativista do PGB de Base Escolar).

De modo a inverter esse cenário, o Ministério da Educação introduziu um pacote de incentivos, que consiste na garantia de vaga no ensino secundário e na isenção do pagamento da taxa de matrícula para os alunos que aderirem ao programa como ativistas ou educadores pares. No Ministério da Juventude e Desportos a política de incentivos é baseada no acesso aos cursos técnicos oferecidos pelo próprio Ministério da Juventude e Desportos, bem como no acesso garantido a 30% dos recursos do Fundo de Apoio as Iniciativas Juvenis, exclusivamente para os grupos juvenis ligados ao PGB (UNFPA, 2010). Ainda que estas medidas tenham sido bem recebidas pelos integrantes do programa, estas se encontram longe de criar nos ativistas o mesmo entusiasmo e motivação que havia na fase inicial do programa.

Paralelamente a esta situação, os constrangimentos de ordem financeira com que o programa se debate influi diretamente na capacidade de provisão de materiais importantes para a operacionalização de uma série de atividades tais como: foto novelas, CDs, pastas dos ativistas, Manual do Ativista, camisetas e chapéus de identificação, etc. Ademais, estes constrangimentos não permitem que se faça uma atualização dos materiais existentes, apesar

de ter se constatado que alguns deles já se encontram desatualizados em função do estágio atual da epidemia e da dinâmica dos contextos em que a mesma se espalha em Moçambique:

Mesmo as mensagens e os conteúdos de parte considerável dos materiais didáticos utilizados precisam ser melhorados. Mas isso já ficou como uma das recomendações que fizemos ao UNFPA no último encontro que tivemos. Enquanto isso não acontece, continuamos a trabalhar com os materiais que temos. (Funcionária do PGB de Base Clínica).

No ano de 2011 houve uma recomendação no sentido de se incorporar as atividades do Programa Geração Biz no Plano Económico Social e Orçamental dos Distritos (PESOD) e no Plano Económico e Social (PES) dos respectivos Ministérios. Esta recomendação foi feita a luz da Circular Nº 1/D/2011 (PGB, 2012). Conforme a fala de uma das entrevistadas:

[.....] os serviços distritais já tem recomendações para inserir as atividades do Programa Geração Biz nos seus planos orçamentais. Já tem uma circular nesse sentido, agora estamos à espera para ver o que acontece. (Funcionária do PGB de Base Comunitária).

Neste momento ainda não é possível constatar a aplicabilidade desta recomendação e não foi possível aferir se a mesma tem carácter vinculativo ou não. Ainda não se está claro também sobre os montantes que se irão alocar para estas atividades, não se podendo saber se serão mantidos os montantes que até ao presente momento são investidos anualmente pelos parceiros de cooperação internacional. Independentemente de sua aplicabilidade futura, os dados arrolados anteriormente sugerem o quanto o investimento em ações de prevenção do HIV ainda não foi devidamente incorporado nos orçamentos e nas políticas públicas destes setores e, quando isto acontece tem sido sempre menor do que o necessário.

Conforme o entendimento de Paiva et al. (2002), a inversão de situações desta natureza dependem muito de iniciativas políticas para além de competências técnicas. Isto pode significar que enquanto a conjugação da vontade política e da competência técnica não se traduzirem em ações concretas, programas de prevenção desta natureza continuarão funcionando com recursos muito abaixo do necessário para o seu pleno funcionamento.

Esta situação tem reflexos claros no alcance das metas que são delineadas em função da dinâmica da epidemia em Moçambique, onde os resultados das ações implementadas acabam sendo muito modestos em relação ao desejável. Quando o funcionamento de programas desta natureza se alterna ao sabor dos fluxos de capital que os países cooperantes disponibilizam, há poucas possibilidades de instalação de políticas continuadas, coerentes e que deem respostas consistentes aos determinantes locais que desenham a epidemia em Moçambique (PASSADOR, 2011).

6.4. ENFRENTANDO A EPIDEMIA NO ÂMBITO DO PROGRAMA GERAÇÃO BIZ

6.4.1. EDUCAÇÃO: trabalhando com adolescentes e jovens dentro da escola

[.....] ninguém ensina nada a ninguém, mas todos aprendem com todos (FREIRE, 2000 ap. AYRES, 2002).

[.....] as estratégias educativas e seus métodos de avaliação não passavam da superfície do problema. É como atirar pedras em lagos escuros. Produz-se um abalo de superfície, observam-se as efêmeras ondulações provocadas e perde-se de vista onde a pedra vai parar e o que realmente acontece com ela (AYRES, 2002).

O Ministério da Educação é responsável pela componente escolar (adolescentes e jovens nas escolas) – incluindo a educação pelos pares, os cantos de aconselhamento dos adolescentes nas escolas secundárias, e o ensino em Saúde Sexual e Reprodutiva e HIV/AIDS como parte do currículo. Desde o início do programa até finais de 2007, a componente escolar estava sendo implementada em aproximadamente 444 escolas, em todas as províncias de Moçambique (PGB, 2008). Em 2009 estimava-se que o programa contava com 5.925 ativistas ou educadores pares, trabalhando em diferentes atividades nas escolas. Estima-se que no final deste mesmo ano o programa tenha atingido 1.445.774 adolescentes e jovens através da componente escolar (UNFPA, 2010).

No distrito de Nhamatanda as atividades do Programa Geração Biz iniciaram no ano de 2007. O Programa de base escolar funciona nas quatro Escolas Secundárias existentes no distrito (Escola Secundária Geral de Nhamatanda, Escola Secundária Geral de Tica, Escola Secundária Geral de Nharuchonga, Escola Secundária Geral de Metuchira), abrangendo somente estudantes do curso diurno. As atividades desenvolvidas pelo programa de base escolar são coordenadas por um funcionário dos Serviços Distritais da Educação, Juventude e Tecnologia. Esta figura faz a coordenação das atividades desenvolvidas pelas 04 escolas e serve de elo com a equipe de coordenação provincial do programa que se encontra na Direção Provincial da Educação e Cultura, na cidade da Beira, capital da província.

Nas escolas a equipe do Programa Geração Biz é composta por um/a professor/a que faz a coordenação das atividades e por ativistas ou educadores pares selecionados entre os alunos. Neste momento o distrito de Nhamatanda conta com 48 ativistas a trabalharem nas diferentes escolas onde ocorre o programa. No caso da Escola Secundária Geral de Nhamatanda tem-se uma Professora, que coordena as atividades e existem 14 ativistas ou educadores pares no ativo. Este grupo resulta da formação realizada no ano de 2011 onde

foram formados 15 ativistas. Dos formados somente 14 estão no ativo porque 01 das formadas teve que se transferir do programa de base escolar para o programa de base comunitária por ter contraído uma gravidez. Infelizmente ainda são comuns no distrito casos de estudantes do sexo feminino que se sentem obrigadas a transferir-se do curso diurno para o noturno, ou mesmo desistir de estudar em casos de gravidez⁷⁴.

Os candidatos a ativistas ou educadores pares são recrutados com uso de um protocolo que realça a participação voluntária e procura incentivar a participação da mulher. Estes passam por um curso de formação de 80 horas de duração, que cobre uma abordagem abrangente e sensível a questões de género (a qual inclui a violência baseada em género e o sexo entre as gerações), os relacionamentos, infecções de transmissão sexual, HIV/AIDS, a sexualidade, o uso adequado de preservativos, assim como a forma de aconselhar outros alunos, encaminhá-los para serviços de saúde e distribuir preservativos (PGB, 2008).

Após a formação estes passam a designar-se por ativistas ou educadores pares, tornando-se intervenientes chave em todas as atividades do programa. O termo “educadores pares” veio do inglês *peer educator* e é utilizado quando uma pessoa fica responsável por desenvolver ações educativas voltadas para o grupo da qual faz parte. Neste sentido, a educação entre pares constitui um processo de ensino e aprendizagem que adolescentes e jovens atuam como facilitadores de ações e atividades com e para outros adolescentes e jovens, ou seja, os pares (BRASIL, 2010).

No caso da Escola Secundária Geral de Nhamatanda, dos 14 educadores pares ou ativistas atualmente no ativo, 05 são mulheres e 09 são homens. Apesar de se incentivar a participação feminina, é possível observar-se que o número de homens é quase o dobro do número das mulheres. Esta situação pode ser o reflexo do número reduzido de mulheres que frequentam estes níveis de ensino na escola, mas também motivados por uma série de normas sociais e de género existentes na comunidade, que inibem a participação das mulheres nestas atividades.

As idades dos atuais educadores pares ou ativistas variam entre 13 a 21 anos de idade, sendo eles os responsáveis por operacionalizar as atividades do programa junto à comunidade estudantil de cerca de 3000 alunos, perfazendo um rácio de 01 ativista ou educador par para cada 215 alunos. Entretanto, é preciso realçar que o processo de formação e de substituição dos educadores pares não tem sido regular nem contínuo. Existem períodos em que as escolas

⁷⁴ Em Moçambique estima-se que em torno de 603/100.000 raparigas na escola engravidem num período de um ano e boa parte destas acabam por desistir ou são transferidas do período diurno para o noturno (PGB, 2007).

se deparam com a falta ou um número reduzido destes, fazendo com que haja descontinuidades no desenvolvimento das atividades, por vezes por longos períodos.

Os atuais educadores pares existentes na Escola Secundária de Nhamatanda-sede estão trabalhando nesta atividade a menos de dois anos, tendo sido formados para substituir os anteriores formados em 2007. Os alunos normalmente deixam de ser educadores pares quando terminam o 12º ano (último ano do Ensino Geral) ou quando se transferem para outra Escola dentro ou fora do distrito. Existem também casos dos que desistem das atividades por se sentirem desmotivados com as condições de trabalho oferecidas pelo programa. A imagem abaixo ilustra alguns dos educadores pares atualmente no ativo na Escola Secundária Geral de Nhamatanda.



Figura 12: O Investigador e um Grupo de Educadores Pares ou Ativistas após uma Palestra do PGB.
Fonte: O Autor, 2012.

Durante a capacitação dos educadores pares os métodos nos quais eles são formados para informar outros jovens, incluem o uso de materiais audiovisuais (vídeos, músicas), revistas, técnicas de aconselhamento individual, teatro, palestras e debate em grupo. Estes diferentes métodos e materiais utilizados durante a formação abrem um campo amplo de possibilidades para se informar melhor outros adolescentes e jovens, tendo em conta as suas diferentes demandas.

No entanto, o que se observou no dia a dia dos educadores pares ou ativistas na Escola Secundária Geral de Nhamatanda foi uma situação totalmente contrária. Se por um lado foi

possível constatar que os educadores pares tiveram um contato com estes métodos e recursos durante o processo de sua formação ou capacitação, por outro se observou a não aplicabilidade dos preceitos que deveriam nortear a atividade dos educadores pares⁷⁵ assim como a inexistência de recursos para o exercício diário das suas atividades.

Os educadores pares encontram-se desprovidos de condições mínimas para o exercício pleno de suas atividades, situação que chega a ser tão gritante ao ponto destes nem sequer possuírem o Manual do Ativista para poder sanar algumas dúvidas que lhes são colocadas por outros jovens no âmbito das suas atividades:

No princípio do ano estava difícil fazer atividades, porque os ativistas não tinham quase nenhum material didático necessário. Depois da formação, o próprio livro, o Manual do Ativista, que conduz as atividades do programa eles não receberam. [...] No mês passado os ativistas receberam algum material, pastas, camisetas e bonés. Mas ainda continuam sem o manual. [...] Neste momento trabalhamos com o único manual que possuímos, que eu recebi na formação de 2007. (Gestora do PGB de Base Escolar na ESGN).

Cabe ressaltar que no entendimento dos idealizadores deste Programa, o Manual do Ativista constitui um instrumento indispensável para o trabalho dos educadores pares. Neste manual estão contidos os principais temas que na ótica dos idealizadores mais preocupam os jovens em questões de saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV e outras ITS.

Concomitantemente a falta deste manual, os materiais audiovisuais (vídeos, músicas), revistas, ou materiais de outra natureza que poderiam ser utilizados em ações de aconselhamento individual, teatro, discussões em grupo e palestras, acabam também sendo escassos ou inexistentes. Estas situações acabam deixando os educadores pares ou ativistas desprovidos de recursos básicos que seriam fundamentais para o pleno exercício das suas atividades. Por mais que os ativistas tenham vontade de ir aprimorando os seus conhecimentos sobre questões de prevenção do HIV, as condições atuais limitam bastante a possibilidade de alcance deste desiderato.

Adicionalmente, a Escola Secundária Geral de Nhamatanda até o mês de Setembro de 2012 deparava-se com a falta de um Canto de Aconselhamento para os adolescentes e jovens:

Neste momento aqui na Escola Secundária Geral de Nhamatanda não temos o Canto de Aconselhamento a funcionar por falta de espaço. Possivelmente nestas novas construções que estão sendo erguidas aqui no recinto da escola disponibilizem um espaço para tal. (Gestora do PGB de Base Escolar na ESGN).

⁷⁵ É necessário não se perder de vista que uma das razões que leva a se optar pela educação entre pares é o fato desta permitir que adolescentes e jovens conversem de “igual pra igual” com seus pares sobre diferentes assuntos, incluindo sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva, HIV/AIDS, etc. (BRASIL, 2010).

Os cantos de aconselhamento constituem um dos recursos mais importantes no âmbito do Programa Geração Biz. Estes constituem espaços que são organizados nas escolas onde os adolescentes e jovens poderiam se dirigir para conversar com os educadores pares sobre os mais variados assuntos e obter preservativos gratuitos, sem ter de envolver os adultos (PGB, 2008).

Nos cantos de aconselhamento os alunos teriam a oportunidade de encontrar materiais impressos tais como panfletos, cartazes, brochuras, folhetos, fotonovelas e, em alguns locais, materiais audiovisuais sobre vários temas relacionados com a saúde e a sexualidade. A inexistência deste “canto” deixa os educadores pares sem um espaço próprio para poderem desenvolver as suas atividades e limita todas as possibilidades dos jovens abrangidos pelo programa de poderem, por exemplo, obter um preservativo sem o receio de ver a sua atitude julgada ou avaliada moralmente na base de uma visão adultocêntrica.

Este receio por parte dos jovens pode ser atestado pela fala entre um aluno e um dos educadores pares quando saíamos de uma palestra sobre “Gravidez Indesejada” no âmbito das ações de prevenção realizadas pelo programa:

Jovem: [.....] *vocês andam a falar que nós devemos usar o preservativo, mas nem vocês que são ativistas não tem preservativo para nos distribuir [.....].* (Aluno do ensino básico).

Educador par: [.....] *se quiseres preservativo podes ir buscar lá nos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia. Tem um cesto na entrada com preservativos de distribuição gratuita [.....].*

Jovem: [.....] *ir buscar aonde. Experimenta você entrar lá para levar preservativos [.....] se por acaso “fulano” te ver a entrar lá para levar preservativo, você está mal.* (Aluno do ensino básico).

Este diálogo pode constituir uma evidência do quanto à inexistência de espaços ou mecanismos mais acessíveis de distribuição do preservativo ainda constituem uma barreira para o exercício livre e seguro da sexualidade por parte dos jovens.

Na área de estudo foi possível observar a existência de três principais mecanismos para a obtenção do preservativo por parte dos jovens do distrito. O primeiro mecanismo é através da compra do preservativo em diferentes estabelecimentos comerciais existentes no distrito. Através deste processo pode-se adquirir um pacote contendo três preservativos a um preço que varia entre 3.5 MT a 5.0 MT (0.11 a 0.16 USD). Por esta via é mais comum obter-se preservativos da marca JEITO, que já vem sendo usado em Moçambique desde a fase inicial da emergência da epidemia. O grande constrangimento deste mecanismo é o fato dos jovens muitas das vezes estarem desprovidos de valores monetários para aquisição do mesmo

e estes nem sempre se encontrarem próximos de um estabelecimento que comercialize preservativos.

O segundo mecanismo para obtenção do preservativo está relacionado com a distribuição gratuita que acontece nas diferentes Instituições do Estado (Administração do Distrito; Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social; Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia; Serviços Distritais de Atividades Económicas, etc.) existentes no distrito. Nestas instituições, os preservativos encontram-se disponíveis num pequeno recipiente localizado normalmente no espaço de entrada destas instituições.

Entretanto, o principal constrangimento observado neste mecanismo relaciona-se com o fato de a prevenção estar pensada para outro grupo alvo e não necessariamente para os jovens do distrito. Está ação de prevenção está mais pensada em função dos funcionários do Estado e dos utentes destes serviços e não focado nos jovens como um todo diferenciado. Ademais, foi possível observar que os espaços institucionais são de reduzida circulação dos jovens e, ainda que fossem o depoimento anteriormente citado sugere o quanto estes têm imensas dificuldades de aceder aos preservativos nestes espaços sem verem as suas ações julgadas e repreendidas.

O terceiro mecanismo relaciona-se com o processo de distribuição gratuita de preservativos existente nas unidades sanitárias. Nestes casos o processo de distribuição está mais pensado na ótica dos usuários frequentes destes serviços, o que exclui automaticamente um número considerável dos jovens do distrito, principalmente os homens. Há uma necessidade de se ampliar os mecanismos de distribuição gratuita dos preservativos para além da racionalidade clínica e do modelo médico tradicional (que busca exclusivamente o “paciente aderido” ao preservativo ou ao medicamento).

O conjunto desses casos tem um impacto direto no processo de obtenção do preservativo para parte considerável dos jovens, evidenciando o quanto a existência de um espaço mais voltado para estes no ambiente escolar poderia fazer alguma diferença. Esta situação tem repercussões diretas nos resultados das atividades desenvolvidas pelos educadores pares ou ativistas de base escolar, limitando sobremaneira o potencial transformador idealizado pelos proponentes do Programa Geração Biz.

Foi ainda possível observar que as atividades desenvolvidas pelos ativistas da Escola Secundária Geral de Nhamatanda limitam-se fundamentalmente a palestras. Estas palestras são realizadas normalmente uma vez por semana, as quartas feiras. Todavia, cabe realçar que as referidas palestras nem sempre chegam a acontecer, tendo por vezes um carácter *ad hoc*. É

comum os estudantes ficarem duas ou três semanas sem as referidas palestras devido às questões que já vem sendo relatadas ou por questões de natureza organizacional.

As palestras quando realizadas têm uma duração prevista de 45 minutos e realiza-se no período reservado a Reunião de Turma. A Reunião de Turma é uma das atividades que consta na grelha das atividades da Escola. Esta se realiza as quartas feiras no período da manhã entre as 08h30min-09h15min. Esta reunião é o momento onde os estudantes junto com o professor/a responsável pela turma debatem os mais diversos assuntos relacionados com a situação da turma.

São nestes períodos que os educadores pares ou ativistas têm de negociar com os respetivos diretores de turma para ocupar o espaço no sentido de poderem desenvolver as suas atividades. Esta situação abre espaço para que as atividades não aconteçam quando os educadores pares ou ativistas não conseguem chegar a um entendimento com alguns dos professores ou quando os professores têm assuntos de outra natureza por tratar com as suas respectivas turmas.

Nos casos em que se consegue espaço para a realização das palestras, os educadores pares ou ativistas organizam as palestras em função de um tema previamente selecionado por estes. Estas consistem numa apresentação oral, com objetivo de apresentar informação ou ensinar os outros alunos a respeito de um determinado tema previamente selecionado.



Figura 13: Ativistas do PGB atuando numa palestra sobre “Gravidez Indesejada”.

Fonte: O Autor, 2012.



Figura 14: Ativistas do PGB atuando numa palestra sobre “Sexo Transaccional e Intergeracional”.

Fonte: O Autor, 2012.

Por se tratar de palestras, estas têm tido um caráter de transmissão de informação do que de interação entre as partes. Os alunos são normalmente vistos pelos educadores pares como meros consumidores da informação que será fornecida. Durante as palestras os educadores pares ou ativistas (que também são alunos) agem mais como se fossem os detentores do saber e os outros alunos como simples receptores. Se puder ancorar-me na colocação de Paiva (2002), diria que na lógica dos educadores pares os alunos são indivíduos pensados como consumidores⁷⁶. Segundo esta autora, o indivíduo pensado como consumidor é sujeito do direito de escolher e consumir o que existe formatado em outro lugar por algum produtor. Nestes casos os alunos devem aprender a usar adequadamente os produtos (preservativos, *scripts* de sexo seguro, medicação, etc.) e conseguir realizar os treinamentos que devem ser treinados.

Para Paiva (2002), o pressuposto, mesmo que inconsciente, é de que os ativistas ou educadores pares sabem o que é mais adequado e aceitável para os outros alunos, e age com a pressa e boa intenção de quem não quer correr o risco (público) de que o consumidor não realize o que se espera dele. Os ativistas ou educadores pares não só atuam dentro desta lógica, como também vendem mal o produto. É possível observar-se o fraco domínio que eles têm sobre alguns dos temas abordados e por vezes o desconhecimento total de outras questões que aparentemente deveriam ser do domínio deles.

Esta falta de conhecimentos sobre determinadas questões por parte dos ativistas ou educadores pares do PGB foi também observada no estudo desenvolvido por Loforte (2007b), onde esta autora constatou que os provedores de serviços do SAAJ detinham pouca informação sobre as reais causas da descontinuidade no uso do preservativo, sobre as percepções culturais das mulheres sobre os efeitos culturais dos mesmos e sobre as causas que conduziam a procura dos serviços pré-natais.

No entendimento dos próprios educadores pares ou ativistas, um dos aspectos fundamentais que explica a falta de domínio de alguns dos temas desenvolvidos nas palestras relaciona-se com a falta material didático sobre questões relacionadas à SSR e HIV/AIDS, com particular destaque para o Manual do Ativista. Este fato ficou patente na fala de um dos ativistas de base escolar:

É só ver que para todos nós que trabalhamos como ativistas aqui na escola só existe um único manual. Há coisas que estão lá no Manual que nós queremos ler e aprofundar quando estamos em casa, mas não podemos porque não temos o Manual. [...] Os Manuais que utilizamos durante a formação depois foram levados pelos formadores [...]. (Ativista de base escolar).

⁷⁶ Normalmente nos esquecemos de que o ser que o ser consumidor é apenas uma das faces do cidadão (PAIVA, 2002).

Para autores como Matsinhe (2007), não obstante a falta de material didático constituir um fator importante, esta situação é também resultado da forma como os próprios ativistas são formados. A formação destes se baseia em um modelo em que o processo saúde-doença é pensado como uma estrutura mecânica passível de ser transposta de um contexto para outro e funcionar do mesmo modo se estiverem criadas as condições materiais e os recursos humanos. Para este autor, esta percepção perde o caráter dialógico e dinâmico dos valores sociais e culturais centrando-se somente no grupo alvo e nos recursos materiais.

Com esta colocação não se pretende menoscar a importância dos aspectos materiais, mas reiterar que as fragilidades das ações de prevenção empreendidas pelos educadores pares ou ativistas vão desde aspectos materiais até aos conteúdos semânticos das suas ações. Possivelmente esta seja uma das razões que explica a falta de interesse pelas palestras e pelas questões abordadas por parte de alguns alunos. Nota-se que alguns dos alunos só permanecem nas salas de aula durante as palestras quando forçados a tal por algum mecanismo de pressão por parte dos Professores. Outros ainda que permaneçam demonstram um total desinteresse sobre os temas em discussão e sobre a forma de discussão dos temas.

Dos que mostram algum interesse em relação aos temas abordados, muitas das vezes acabam vendo as suas intenções frustradas, pela fraca capacidade dos ativistas ou educadores pares em esclarecer uma série de dúvidas que lhes são apresentadas, situação agravada pela falta de capacidade de se criar um ambiente mais dialógico. Conforme a recomendação de Paiva et al. (2006), para se conseguir mudanças no campo da prevenção, há necessidade de se avançar para uma relação dialógica que inclua sujeitos, considerando seus valores e contextos socioculturais.

O conjunto dessas situações faz com que as referidas palestras por vezes proporcionem muito pouco conhecimento aos alunos em matérias relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva e HIV/AIDS. Em outros casos acabam mais confundindo ao aluno do que ajudá-lo a ultrapassar algumas dúvidas que os mesmos possuem.

Paralelamente as informações obtidas nas palestras, outra fonte de informação dos alunos sobre as questões de prevenção do HIV, são as propagandas de parede existentes em determinadas partes da escola. Algumas paredes existentes na Escola Secundária Geral de Nhamatanda estão pintadas de uma série de informações relativas à epidemia do HIV/AIDS. Ainda que a análise dos dizeres constantes nestas paredes não constitua o foco direto do presente trabalho, é possível constatar que ainda persiste uma abordagem focada na simples transmissão de informação e, em alguns casos esta mesma informação está baseada naquilo

que Ayres (2002) denominou de abordagens centradas no terror. Para este autor, as mensagens centradas no terror, no susto, embasam-se no pensamento de que quanto mais assustadora a propaganda melhor é o seu efeito preventivo. Entretanto, a experiência brasileira na área da prevenção mostrou que abordagens desta natureza tem um efeito extremamente limitado.

Como se pode constatar na figura 15, mensagens embasadas nesta abordagem ainda norteiam parte das ações de prevenção voltadas para os adolescentes e jovens em Moçambique. Nesta figura visualiza-se a mensagem “SIDA MATA”, o que pode ser interpretado pelos adolescentes e jovens que “INFEÇÃO=MORTE”.



Figura 15: Propaganda sobre a prevenção do HIV/SIDA pintada num dos edifícios em fase final de construção na ESG de Nhamatanda.

Fonte: O Autor, 2012.



Figura 16: Propaganda sobre a Vulnerabilidade de todos ao HIV/AIDS pintadas num dos edifícios em fase final de construção na ESG de Nhamatanda Sede.

Fonte: O Autor, 2012

Para Ayres (2002), este tipo de abordagem foi marcante no início da epidemia em países como o Brasil, mas que atualmente:

As modernas terapias anti-retrovirais, quando associadas a uma informação extensiva, democrática e sustentada para o conjunto da sociedade e a serviços de saúde preparados, equipados e igualmente acessíveis ao conjunto dos cidadãos, têm determinado o fim da inexorável equação “infecção = morte” [.....] (AYRES, 2002).

Esta situação sugere que ainda persiste a necessidade de se repensar e reinventar as ações de prevenção que têm sido desenvolvidas para os jovens em Moçambique, tendo em conta os diferentes contextos em que estas são implementadas.

Adicionalmente, é preciso ter-se em conta que as ações centradas na simples transmissão de informação, apesar de necessário, são insuficientes para a promoção do sexo mais seguro e fortalecimento dos jovens como sujeitos de sua sexualidade, o que depende da criação de espaços para a participação efetiva dos alunos (PAIVA et al., 2006). Nas ações de prevenção levadas a cabo, muita das vezes se esquece de que os adolescentes e jovens, com relação à sexualidade e o HIV/AIDS, não começam a aprender sobre estes temas quando os adultos decidem, ou quando começam as campanhas ou programas. Na verdade, há sempre processos de aprendizagem em marcha, possibilitando as pessoas um contínuo “situar-se” com relação a esses temas (SEFFNER, 2002).

Um dos slogans mais conhecidos do Programa Geração Biz é: *seja fiel ao preservativo*. Como diria Seffner (2002), possivelmente estejamos a formar alunos consumidores de camisinhas, e não cidadãos educados para a autonomia nas decisões de saúde sexual.

Estas questões evidenciam o quanto ainda há necessidade de se criar condições para que as atividades previstas pelo programa sejam efetivamente materializadas e, nos alerta sobre a necessidade urgente de rever a natureza dos conteúdos e das práticas pedagógicas que norteiam a sua operacionalização. Isso poderá implicar em algum momento a revolução das práticas atuais, onde se poderia passar a pensar nas ações desenvolvidas, embasadas mais num ideal freireano, que apregoa que: *“a educação autêntica, repitamos, não se faz de “A” para “B” ou de “B” sobre “A”, mas de “A” com “B”, mediatizados pelo mundo”* (FREIRE, 1981 ap. SEFFNER, 2002).

Estas colocações abrem grandes desafios para o Programa Geração Biz de base escolar, possivelmente evidenciando que se está ainda longe do potencial transformador idealizado pelos seus proponentes. Pela forma como as ações de prevenção do HIV são conduzidas atualmente, continua-se longe de influir na redução da apregoada vulnerabilidade dos jovens a infecção pelo HIV.

6.4.2. SAÚDE: atendendo adolescentes e jovens usuários dos serviços de saúde

O Ministério da Saúde é o responsável pela componente clínica do Programa Geração Biz, estabelecendo uma rede de instalações sanitárias amigas dos jovens, onde estes podem receber uma gama de serviços de saúde sexual e reprodutiva, tais como: aconselhamento, anticoncepção, prevenção e tratamento das infecções de transmissão sexual, cuidados pré-natais, pós-natais e pós-aborto, aconselhamento e testagem em saúde e, o tratamento anti-retroviral em alguns casos. Tais instalações sanitárias amigas dos jovens estão bem integradas no sistema geral de cuidados de saúde e designam-se por Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ).

O atendimento prestado no SAAJ é gratuito, sigiloso e realizado por técnicos treinados em habilidades de aconselhamento que visam especificamente os adolescentes e jovens. O Programa Geração Biz prevê a formação de profissionais da saúde em cursos intensivos sobre diversos domínios, com uma duração mínima de 80 horas e, focado em questões sobre juventude. A formação abrange questões tais como: os estágios da adolescência; como comunicar com os adolescentes; a prevenção e tratamento das ITS/HIV/AIDS; preocupações ligadas a género, etc. Depois da formação estão previstas igualmente reuniões de seguimento técnico e sessões de supervisão (PGB, s/d).

Nestes serviços os ativistas ou educadores pares do programa podem realizar palestras sobre práticas sexuais mais seguras, promover debates, discutir vídeos educativos, prestar informação e promover a distribuição de material informativo e de preservativos nas salas de espera (DPS GAZA et al., 2004). Até finais de 2007 haviam sido registrados um total de 193 Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens em todo o país (PGB, s/d).

Infelizmente nem todos os SAAJ existentes na altura ofereciam todas as componentes previstas, sendo somente 79 destes que possuíam os serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV⁷⁷) (PGB, s/d). Ainda no rol das componentes em falta, importa realçar que só no ano de 2005, a partir de um projeto piloto, é que foi introduzido a terapia anti-retroviral em duas clínicas nas cidades de Maputo e Xai-Xai. Em 2007 somente 497 adolescentes e jovens estavam a receber o tratamento anti-retroviral e tinham sido realizados 31.759 testes para o HIV como parte dos serviços prestados pelos SAAJ.

⁷⁷ A componente ATV passou a designar-se ATS (Aconselhamento e Testagem em Saúde) a partir de 2006. O MISAU decidiu redefinir a política do Aconselhamento e Testagem do HIV, passando do aconselhamento e testagem voluntária (ATV), suportado pelos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV) para o Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS). Pretendia-se com esta nova abordagem melhorar o acesso das populações (MISAU, 2006).

O baixo número de clínicas que ofereciam a terapia anti-retroviral e o número reduzido de adolescentes e jovens em TARV evidencia o quanto as ações de prevenção continuavam dissociadas da componente assistência. Para autores como Doneda et al. (2002) a separação entre prevenção e assistência não tem consistência teórica e prática no campo da saúde pública. Mais investimento em prevenção não significa necessariamente resultados efetivos, se não houver condições suficientes para realização do diagnóstico e prevenção secundária das doenças oportunistas.

Até 2009 estimava-se que nos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens o atendimento dos adolescentes e jovens em aconselhamento e testagem em HIV/AIDS representou 13,33% da população geral, sendo que foram aconselhados 374.457 adolescentes e jovens de um total de 2.809.449 pessoas nas Unidades Sanitárias do País. Este número de adolescentes e jovens atingidos evidenciava o quanto ainda havia enormes desafios de expansão do programa a escala nacional (UNFPA, 2010).

No caso do distrito de Nhamatanda, existe um único SAAJ funcionando nas instalações do Hospital Rural de Nhamatanda. Este serviço funciona desde o ano de 2007, tendo tido no passado uma melhor estrutura quando estava sob financiamento de uma organização não governamental internacional denominada HAI (Health Alliance International). Nessa altura o SAAJ possuía mais de um funcionário, aonde chegava a possuir como parte do seu quadro de funcionários a presença de psicólogos.



Figura17: Porta da entrada dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens.
Fonte: O Autor, 2012.



Figura 18: Porta da entrada do ATS (Aconselhamento e Testagem em Saúde).
Fonte: O Autor, 2012.

Desde 2010 estes serviços voltaram para a gestão da direção do Hospital Rural de Nhamatanda, contando atualmente só com o financiamento do Orçamento Geral do Estado moçambicano. Atualmente os serviços contam com uma só funcionária, sendo esta a responsável por atender todos os utentes que se fazem ao serviço. Se partir do princípio que este serviço foi criado no âmbito do Programa Geração Biz para atender adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos, está-se perante uma situação em que se tem um e único SAAJ, com uma única funcionária para atender 65.039 adolescentes e jovens existentes no distrito. Aparentemente esta situação sugere que a componente clínica é insuficiente para atender a demanda do distrito, abrindo espaço para problemas de acessibilidade funcional⁷⁸ a estes serviços.

Dentre as componentes oferecidas por este serviço no âmbito da prevenção do HIV, destacam-se a componente de aconselhamento e a componente de testagem em saúde. Estas constituem as componentes mais procuradas pelos adolescentes e jovens quando se fazem aos serviços. No contexto da resposta nacional contra o HIV/AIDS, o Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) são as principais estratégias do Ministério da Saúde (MISAU) mais vinculadas a componente prevenção (MISAU, 2006). O grande problema relacionado a estas duas componentes é o fato de haver uma capacidade limitada de resposta em relação à demanda. Adicionalmente, observa-se que estas duas componentes ainda estão impregnadas de um grande viés biomédico.

Começando pela componente de testagem em saúde, dizer que foi possível constatar a capacidade limitada de resposta dos serviços em relação à demanda. Esta situação torna-se mais preocupante na medida em que a procura por estes serviços por parte dos jovens ainda está aquém do desejado pelos idealizadores do programa⁷⁹. Em outras palavras dir-se-ia que se está diante de uma situação de baixa procura pelos serviços por parte dos jovens, mas mesmo assim os serviços tem tido dificuldade de satisfazer a demanda.

Um dos exemplos mais eloquentes desta situação relaciona-se com a disponibilidade de reagentes para a testagem em HIV. A fraca capacidade instalada de testes para o HIV existente nos serviços de saúde foi observável em diferentes ocasiões durante o trabalho de campo. Chegou a se tornar recorrente observar situações em que os jovens se faziam aos

⁷⁸ Acessibilidade funcional: os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estarem disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer (ALMEIDA et al., 1998).

⁷⁹ Em termos de desempenho setorial do PGB, a componente clínica é a que tem atingido o menor número de jovens em relação a outras componentes (escolar e comunitária). Tem contribuído para o fraco desempenho comparativo da componente clínica, a própria estrutura de funcionamento dos serviços de saúde que tem variados e grandes programas por implementar (UNFPA, 2010).

serviços e não conseguiam realizar um simples teste de HIV. Estas situações se verificavam devido à falta de reagentes para a realização dos testes nos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens e nos serviços de Aconselhamento e Testagem em Saúde.

Em Moçambique utilizam-se para a realização do teste fundamentalmente dois testes rápidos positivos (Determine e Unigold) para o HIV (CNTA, 2010). Foi recursivo se observar situações de falta destes dois testes ou falta de um, fazendo com que o técnico de saúde aconselhasse os utentes a voltarem num outro dia ou na semana seguinte. Esta constatação pode ser atestada pela fala de um dos técnicos de saúde entrevistados:

[.....] no mês passado eu tive problemas de reagentes para testes que não havia [.....]. Isso aconteceu também nos meses anteriores, parece que havia problema de UNIGOLD [.....]. Nós aqui usamos dois testes, DETERMINE e UNIGOLD [.....]. Você sabe muito bem que na ausência de um o outro o teste não se pode fazer. (Técnico de Saúde do HRN).

[.....] por mês trabalho com 200 a 300 testes. Tenho livro de requisição, como se pode verificar aqui, testes requisitados 300 [.....]. Para atender aqui na sede do distrito e nas brigadas móveis realizadas nas comunidades. Que funcionamento é esse? (Técnico de Saúde do HRN).

Esta situação sugere um desconcerto entre as campanhas de sensibilização feitas para uma maior adesão dos jovens a testagem em HIV e a capacidade de resposta por parte dos serviços clínicos. Cabe realçar que a ruptura de stock de testes não é algo novo nem pontual no Serviço Nacional de Saúde. No relatório de 2007 do Programa Nacional de Controle de ITS/HIV/SIDA, a ruptura dos testes para o HIV e a expiração da validade dos mesmos em quase todas as províncias foi colocada como um dos principais constrangimentos do programa. Segundo o mesmo relatório, esta situação privava as pessoas de conhecer o seu estado sorológico e beneficiarem-se do acompanhamento médico e apoio social (MISAU, 2007). Este mesmo entendimento é partilhado por outros autores, ao afirmarem que a demora no diagnóstico e o consequente atraso de medidas terapêuticas levam a uma maior morbilidade e mortalidade, e uma menor sobrevivência após o diagnóstico (DINIZ e VILLELA, 1999).

Por causa da disponibilidade reduzida dos testes estes são priorizados para as mulheres jovens grávidas. Esta situação faz com que haja um maior número de mulheres testadas, devido à incorporação do teste anti-HIV na rotina da consulta pré-natal. Conforme Paiva et al. (2006), esse fato pode revelar um avanço importante no acesso da população feminina ao diagnóstico precoce do HIV/AIDS, mas também sugere que os homens não estão sendo atingidos pelo esforço. Mulheres não gestantes provavelmente também não têm se beneficiado dessa política.

A priorização dos testes para as mulheres grávidas se deve entre outros fatores aos enormes limites financeiros e operacionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em oferecer os testes anti-HIV em função da demanda. Na realidade, até a estratégia de concentrar esforços na detecção do HIV em mulheres durante a gestação por vezes encontra dificuldades operacionais devido à magnitude do problema (BARBOSA e LAGO, 1997).

Concomitantemente a esta situação, verificam-se descontinuidades na prestação dos serviços. Pelo fato deste serviço ter uma única funcionária, são comuns os casos em que os usuários não conseguem aceder aos serviços quando esta se encontra ausente. Esta situação se verifica quando a funcionária se encontra a prestar os mesmos serviços nas Brigadas Móveis ou em outros departamentos do Hospital Rural de Nhamatanda.

Esta descontinuidade na prestação de serviços motivados pelo número reduzido de funcionários, já havia sido constatado no relatório de progresso do Programa Geração Biz efetuado em 2007 (PGB, 2008). Entretanto, dados colhidos durante o trabalho de campo indicam que passados 05 anos poucas mudanças se verificaram nesta componente. Esta situação sugere que um incremento de recursos humanos nestes serviços poderia permitir uma maior abrangência desta componente, criando possibilidades mais amplas para um maior alcance dos jovens.

A descontinuidade na prestação dos serviços toma uma dimensão mais complexa quando se agrega a questão da acessibilidade geográfica. Pelo fato do SAAJ estar só disponível no Hospital Rural de Nhamatanda, muitos adolescentes e jovens residentes em comunidades que se encontram localizadas distantes desta unidade sanitária são por vezes obrigados a percorrer grandes distâncias para aceder a estes serviços. Nos casos em que estes chegam aos serviços e não tem oportunidade de fazer uma consulta devido à ausência da funcionária ou devido à falta de reagentes para o teste, estes nem sempre retornam aos serviços. Estas situações se verificam devido às distâncias que os usuários teriam de voltar a percorrer, os custos financeiros envolvidos na deslocação e, o tempo perdido.

É no reconhecimento destes problemas de acessibilidade geográfica que se tem realizado as Brigadas Móveis. Nestas brigadas prestam-se serviços de vacinação e pesagem de crianças, suplementação com vitamina A, consulta pré-natal, planeamento familiar, palestras educativas, triagem de adultos e crianças, Elat-Elal (Programa de Controle da Lepra e TB), consulta pós-parto, saúde oral, saúde mental, suplementação com iodo, supervisão dos APE's, Matronas e ACS's e aconselhamento e testagem em HIV/AIDS (MISAU, 2004a).

Estas brigadas para além de prover determinados serviços de saúde para a população que se encontra distante das unidades sanitárias atende também aquela população cuja

unidade sanitária mais próxima não presta determinados tipos de serviços mais especializados. É neste sentido que se reconhece o papel importante que estas brigadas desempenham no aumento da taxa cobertura dos cuidados de saúde (MISAU, 2004b).

Segundo o que observei em campo, verifica-se uma aderência considerável da população aos serviços oferecidos pelas Brigadas Móveis. Esta grande aderência se estende também a componente aconselhamento e testagem em HIV/AIDS. No entanto, também nestes casos continua a se verificar uma fraca capacidade de resposta por parte dos provedores dos serviços. É também comum durante a realização das brigadas móveis verificarem-se casos de ruptura de stock de reagentes para a testagem, deixando muitos utentes sem a possibilidade de realização do teste. Esta assertiva pode ser atestada por certos extratos da entrevista realizada a um dos técnicos de saúde envolvido nas referidas brigadas:

[.....] com o passar do tempo parece que o número de participantes nas brigadas móveis para efetuar o teste de HIV está cada vez mais a aumentar. Parece que as pessoas estão mais informadas da importância dos testes [.....]. (Técnico de saúde do HRN).

[.....] porque quando realizamos as brigadas móveis aparecem muitas pessoas, acaba sempre restando algumas pessoas que não conseguem fazer o teste de HIV. Da última vez deixei muitos sem fazer o teste. Podia se fazer mais de 100 testes. Mas como não havia disponibilidade eles acabaram por me entender e atendi só os que estavam dentro das minhas condições. (Técnico de saúde do HRN).

A falta de reagentes para o teste chega a tomar uma dimensão mais problemática quando se atinge situações de não realização das Brigadas Móveis, como se pode constatar:

[.....] da outra vez eu neguei ir as Brigadas Móveis porque eu tinha 100 testes para o mês todo, só para atender aqui na sede do distrito [.....]. Chegou-se a constituir equipas para Brigadas Móveis, mas eu não ia porque havia falta de testes para os pacientes que iríamos encontrar na comunidade. (Técnico de saúde do HRN).

A ruptura de stock de reagentes para o teste tem atingido em determinados períodos níveis críticos, fazendo com que potenciais usuários passem a não comparecer tanto nos serviços existentes no Hospital Rural de Nhamatanda como nos locais das Brigadas Móveis. Estas situações abrem espaço para o aumento da vulnerabilidade dos jovens a infecção pelo HIV, na medida em que estes se veem impedidos de conhecer o seu soroestado devido a inconsistências e descontinuidades das ações programáticas.

Como afirmam Villela e Doreto (2006), a testagem é uma importante estratégia de prevenção do HIV, pois o aconselhamento pré e pós-teste reforçam as condutas preventivas, e para aqueles que se descobrem portadores do vírus pode-se iniciar o tratamento e enfatizar ainda mais as práticas de prevenção.

No mesmo diapasão, Granjeiro et al. (2010) asseveram que quanto mais cedo à pessoa for diagnosticada, mais possibilidades há de se iniciar com o tratamento. Para estes autores, o início do tratamento anti-retroviral de forma oportuna contribuem para a redução da carga viral e à maior probabilidade de pessoas em seguimento clínico adotarem práticas seguras para a prevenção.

6.4.3. JUVENTUDE E DESPORTOS: procurando adolescentes e jovens fora da escola (comunidade)

O Ministério da Juventude e Desportos é o responsável pela componente comunitária (adolescentes e jovens na comunidade) o que inclui os ativistas ou educadores pares fora da escola e centros juvenis de base comunitária onde os jovens possam receber aconselhamento, preservativos e encaminhamentos para serviços clínicos amigos dos jovens, os SAAJ. A sociedade civil e as associações dos jovens proporcionam igualmente um apoio às redes de ativistas ou educadores pares dentro e fora da escola.

Segundo os proponentes do Programa Geração Biz, a componente comunitária é de longe a mais desafiadora do programa. Nesta componente é suposto que o programa implemente as suas atividades nos lugares onde os jovens vivem e convivem. O grande desafio desta componente é conseguir localizar esses jovens fora da escola, identificar as suas redes sociais e os locais onde se reúnem, de forma a proporcionar os serviços (PGB, 2008).

Estima-se que em cada ano um número crescente de jovens é atingido através desta componente, à medida que o programa vai sendo consolidado e expandido. As estimativas feitas no final de 2009 apontavam que o programa possuía uma rede de 3961 ativistas ou educadores pares que alcançaram 1.363.675 adolescentes e jovens em todo país, contra um número previsto de 4.979.109 (UNFPA, 2010). Em termos do número de associações juvenis que estavam envolvidas em atividades do programa, estimava-se que estas perfaziam 345 no ano de 2007 (PGB, 2008).

Entretanto, no caso do distrito de Nhamatanda, a falta de uma estrutura devidamente organizada torna difícil observar as ações desta componente e o seu impacto sobre os jovens. Neste distrito quase que não se observa nenhuma ação promovida por esta componente. Um dos mecanismos usado por esta componente para abordar os jovens fora da escola é através dos centros juvenis de base comunitária. A tentativa de buscar uma percepção das ações de prevenção da componente comunitária através deste mecanismo é de difícil concretização.

Os centros juvenis existentes no distrito que em algum momento desenvolveram algumas ações de prevenção no âmbito desta componente atualmente encontram-se inoperacionais. Um dos exemplos é o Centro de Entretenimento dos Jovens da Organização da Juventude Moçambicana de Nhamatanda. Este centro foi criado com o financiamento do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA e do Fundo de Apoio a Iniciativa Juvenil do Ministério da Juventude e Desportos. Neste momento o centro encontra-se inoperacional, tendo deixado de executar as atividades para as quais havia sido criado, encontrando-se atualmente com as suas infraestruturas em estado avançado de degradação por falta de manutenção como se pode observar pela imagem abaixo:



Figura 19: Fachada do Centro de Entretenimento dos Jovens – Organização da Juventude Moçambicana (OJM) de Nhamatanda.
Fonte: O Autor, 2012.

Outro mecanismo usado pela componente comunitária para abordagem dos jovens fora da escola é através dos ativistas ou educadores pares atuando na comunidade. Os idealizadores do programa partem do princípio que os educadores pares têm a possibilidade de encontrar os jovens nos seus espaços de vivência e convivência ao nível da comunidade e desse modo podem avançar com algumas ações de prevenção e, se necessário, encaminha-los para os serviços clínicos existentes nas unidades sanitárias. Infelizmente apesar de uma longa estadia no campo nunca foi possível encontrar nem visualizar estes ativistas ou educadores pares em plena atividade.

No entanto, cabe realçar que estas constatações não significam dizer que as mesmas não estejam a acontecer. O que pretendo afirmar é que durante o tempo em que estive em campo não consegui observar nenhuma atividade dos ativistas ou educadores pares da

componente comunitária em pleno funcionamento. Este fato pode significar que há necessidade de se reforçar as ações desta componente tendo em conta o número elevado de adolescentes e jovens que se pretende alcançar.

É preciso recordar que a baixa cobertura desta componente já havia sido constatada no Relatório Resumido de Progresso de 2006 do Programa Geração Biz. Neste relatório afirmou-se que havia uma necessidade de:

[.....] elaboração de uma nova estratégia de alcance dos adolescentes e jovens fora da escola, de modo a reverter o quadro apresentado em 2005, com cobertura abaixo da meta fixada (PGB, 2006).

Apesar desta constatação, parece que este cenário de baixa cobertura da componente comunitária pouco evoluiu se tomarmos o distrito de Nhamatanda como nosso *locus* de análise. Possivelmente não se esteja a dar a devida atenção a essa componente⁸⁰, o que pode significar que tem havido uma priorização das iniciativas de prevenção junto aos jovens escolarizados em relação aos não escolarizados. Este tipo de situações, no entendimento de Paiva et al. (2006), evidenciam que as ações preventivas possivelmente aumentam a vulnerabilidade de alguns grupos.

Todavia, quando se busca informações sobre as atividades dos ativistas ou educadores pares de base comunitária junto das instituições responsáveis por esta componente, tem-se acesso a números de ativistas ou educadores pares existentes no distrito, o número de jovens alcançados, algumas características dos jovens alcançados e os temas abordados nesses encontros. Essas informações são obtidas através da Ficha de Atividades Face a Face do Ativista, que os ativistas ou educadores pares preenchem e que posteriormente entregam a equipa que faz a gestão do programa no distrito (vide o anexo 03).

Conforme o afirmado anteriormente, fica meio complicado descortinar se realmente estas atividades estão efetivamente a ocorrer ou não. Como muito bem foi realçado pelos próprios gestores do programa:

[.....] torna-se difícil supervisionar os ativistas ou educadores pares, por causa da falta duma estrutura confiável para a supervisão e implementação do programa, tal como existe nas escolas e nas clínicas (PGB, 2008).

Esta falta de estrutura e de mecanismos claros de monitoria e avaliação das atividades dos ativistas ou educadores pares de base comunitária cria espaços de penumbra, tornando difícil ter-se uma clara percepção sobre as ações de prevenção desenvolvidas por esta

⁸⁰ Durante o trabalho de campo foi possível constatar que das três componentes do Programa Geração BIZ, ainda que a componente escolar e a componente clínica também estejam imersas em alguns constrangimentos, a componente comunitária é de longe a que funciona com maiores deficiências em termos de estrutura organizacional, recursos materiais e orçamentais.

componente. Tendo em conta a relevância desta componente para os jovens, fica difícil aferir se as suas ações estão a criar ou não sinergias que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade dos jovens fora da escola à infecção pelo HIV.

Cogitando em função da colocação de Paiva (2002), por um lado há uma necessidade premente de se fazer uma reflexão sobre a operacionalização desta componente, por outro é preciso que as ações de prevenção sejam aprofundadas. É necessário não se perder de vista a relevância desta componente, que tem como grupo alvo os jovens fora da escola, que constituem a maior parte deste segmento populacional no distrito de Nhamatanda. Adicionalmente, esta componente desempenha um papel importante ao complementar às ações da componente clínica, prestadas pelos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ).

É através da componente comunitária que muitos adolescentes e jovens recebem informação sobre a existência do SAAJ e dos serviços que são prestados. Se esta componente funciona de forma deficiente, acaba afetando de certa forma o número de adolescentes e jovens que se dirigem ao SAAJ, conforme se pode constatar na fala da gestora da componente clínica do Programa Geração Biz:

[.....] sem a componente comunitária a funcionar devidamente o SAAJ pode ficar aberto mas ninguém há-de vir. Eles só irão vir quando estiverem doentes, não virão para procurar algum serviço de aconselhamento, não virão para buscar alguma coisa diferente, só irão vir quando se sentirem mesmo mal, quando estiverem doentes. E a intenção do SAAJ não é essa. Então nestes dois anos fomos trabalhando e fomos percebendo que realmente os SAAJ's não estão a funcionar como deve ser porque na comunidade a mobilização não está a acontecer, e se a mobilização não acontece os SAAJ ficam abertos em vão. (Gestora da Componente Clínica do PBG).

Esta narrativa pode constituir uma evidência do quanto as diferentes componentes do Programa Geração Biz complementam-se e que as mesmas funcionam-se em algum momento de forma sistêmica, em que a falha ou priorização de uma das componentes pode afetar negativamente nos resultados do programa como um todo. Neste sentido, há uma necessidade premente de se potenciar a componente comunitária, sem que isso implique o prejuízo das outras componentes.

7. RELATANDO ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DE CAMPO

No presente capítulo irei descrever algumas das experiências relacionadas às ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens, vivenciadas durante o trabalho de campo no distrito de Nhamatanda. Dentre as experiências vivenciadas irei me deter em duas ações de prevenção orientadas no âmbito do Programa Geração Biz para os alunos da Escola Secundária Geral de Nhamatanda: a primeira foi uma palestra orientada pelos educadores pares ou ativistas de base escolar; a segunda foi uma campanha de sensibilização por meio de uma palestra orientada pelos técnicos de saúde dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens e de outras especialidades do Hospital Rural de Nhamatanda.

7.1. Relatando uma Palestra dos Educadores Pares de Base Escolar

No âmbito das ações de prevenção do HIV do Programa Geração BIZ, as palestras constituem uma das atividades que têm sido desenvolvidas com alguma frequência pelos implementadores do programa no distrito de Nhamatanda. Estas são programadas para um dia específico no qual se aborda um tema previamente selecionado, que na ótica dos implementadores do programa constituem preocupação e são do interesse dos adolescentes e jovens.

No caso do Programa Geração Biz de base escolar, as palestras são normalmente orientadas pelos ativistas ou educadores pares das escolas integrantes do programa. No caso da Escola Secundária Geral de Nhamatanda, estas palestras são realizadas nas quartas-feiras, no tempo reservado a Reunião de Turma, tendo como grupo alvo os alunos da escola.

Tendo em conta os objetivos do presente estudo, durante o trabalho de campo passei a participar de forma recorrente nestas palestras, tendo sido uma ação recursiva de recolha de material, com intuito de compreender melhor como se desenvolviam as ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens e, como os próprios jovens encaravam essas ações. Infelizmente não pude participar de todas as palestras realizadas durante a minha estadia em campo. Nas vezes que tal intento não se sucedeu, foi porque me encontrava na busca de informação de outra natureza, mas também de extrema importância para a presente pesquisa.

Conforme já referenciado, as palestras fazem parte de um conjunto amplo de atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Geração Biz. No caso do distrito de Nhamatanda, aquando do início do trabalho de campo me foi informado que os ativistas ou

educadores pares se reuniam todas as quartas-feiras para desenvolver alguma atividade com os alunos da escola. Por essa razão, passou a ser frequente me dirigir nas quartas feiras a Escola Secundária Geral de Nhamatanda para me inteirar das referidas atividades e desse modo poder imergir no universo das ações de prevenção do HIV.

Entretanto, para minha insatisfação, acabei percebendo que os referidos encontros semanais de quarta feira nem sempre eram realizados, não obedecendo eles a regularidade apregoada pelos gestores do programa. Em função dessa constatação, procurei mecanismos de me informar melhor sobre os dias em que realmente iriam acontecer. Para tal, passei a me informar com um dia de antecedência junto dos gestores do programa na escola ou junto dos ativistas ou educadores pares, se iria ou não acontecer alguma atividade. Utilizando este mecanismo passei a orientar em determinados momentos as minhas idas à Escola Secundária Geral de Nhamatanda para poder participar nas atividades com os alunos no âmbito do programa.

Foi utilizando este mecanismo que acabei participando numa das palestras no dia 12 de Setembro de 2012, quarta-feira. A participação nesta atividade só se efetivou porque no dia anterior, 11 de Setembro, não podendo fazer pessoalmente, telefonei por volta das 18 horas para um dos ativistas do programa de base escolar para procurar saber se haveria ou não alguma atividade programada para o dia seguinte. Ele confirmou-me que sim, que haviam programado uma palestra e que mais uma vez não haveria nenhum inconveniente na minha participação.

Em função desta confirmação, na quarta feira de 12 de Setembro, como de costume durante o trabalho de campo, cheguei à Escola por volta das 08 horas. Do local onde ficava hospedado até a escola, fazia quase 25 minutos andando a pé por uma estrada de terra batida. Chegar por volta das 08 horas na escola me permitia ir andando pelos diferentes espaços do ambiente escolar, podendo assim sentir o pulsar dos corredores, da secretaria da escola e, acima de tudo, dialogar com os alunos e os professores sobre os mais diversos assuntos relacionados à escola em particular e, ao distrito no geral.

A Escola Secundária Geral de Nhamatanda é constituída neste momento por seis blocos separados, dispostos mais ou menos na forma de um retângulo, onde na parte central existe um pequeno jardim. O bloco frontal alberga os serviços administrativos como a secretaria da escola, a sala de reunião dos professores, o gabinete dos professores e do diretor da escola. Os outros blocos albergam as salas de aula, existindo neste momento pouco mais de 20 salas. Atualmente, estão em construção novos blocos que possivelmente servirão para novas salas de aula ou outros serviços administrativos. Ao lado da escola existe um campo de

futebol, que tem sido utilizado para as aulas de educação física e para jogos de futebol pelas pessoas cujas residências se encontram próximas da escola.

Depois de quase 01 hora de tempo imerso nesse espaço que me fora comum durante todo período de campo, quando se aproximava a hora do início da palestra dois educadores pares do programa vieram me informar sobre o local exato onde iria decorrer a palestra, o grupo alvo e o tema preparado para aquele dia. Em função disso nos dirigimos para a sala de aula em que a palestra iria se realizar. A caminho da sala da palestra juntaram-se a nós outros educadores pares ou ativistas do programa. Diferentemente dos outros dias, em que a equipa era composta por homens e mulheres, neste dia somente estavam os do sexo masculino. Estranhei a situação. Ao questionar sobre a razão da ausência das mulheres, informaram-me que não dera tempo de informa-las, o que me fez pensar que a atividade não tinha sido devidamente programada.

Enquanto caminhávamos em direção à sala de aula, o ativista que liderava o grupo me informou que naquele dia iríamos trabalhar com uma turma do 10º ano. Trata-se de uma turma que no Brasil corresponderia ao 1º ano do colegial. Optaram por esta turma porque eles não teriam condição de orientar uma palestra para as turmas do 11º e 12º ano na ausência da professora que faz a gestão do programa na Escola Secundária Geral de Nhamatanda.

Procurei saber das razões que poderiam estar por detrás das dificuldades de se orientar uma palestra nas turmas do ensino médio na ausência da gestora. Os ativistas ou educadores pares me disseram que os alunos do 11º e 12º ano faziam algumas perguntas mais complexas sobre os temas que eram apresentados, não sendo muito fácil esclarecer essas questões. Adicionalmente, os educadores pares afirmaram que tem sido bastante difícil estabelecer um diálogo produtivo e dentro dum ambiente controlado com os seus pares do 11º e 12º ano.

Enquanto ainda dialogávamos em torno destas dificuldades, chegamos à porta da sala de aula onde iria decorrer a palestra, era a turma B do 10º ano. A sala de aula desta turma encontra-se localizada no primeiro bloco do lado esquerdo, tendo um formato retangular e as paredes pintadas de cor creme. A sala tem capacidade para acolher entre 30 a 40 estudantes sentados dois a dois por cada carteira escolar. No interior da sala existe um quadro negro ou lousa, fixado na parte frontal e utilizado pelos professores durante as aulas.

No momento em que chegamos à sala, alguns alunos encontravam-se no interior e outros na parte externa. Nesse instante, o ativista que liderava o nosso grupo procurou se informar sobre a localização do aluno responsável pela turma para poder lhe informar sobre o propósito deles. Depois de feitas a devida explicação em torno dos propósitos dos ativistas, o responsável pela turma tratou de informar os seus colegas que já se encontravam envolvidos

num misto de curiosidade em relação à presença dos ativistas. Quando este terminou de explicar a razão da presença, uma parte considerável dos alunos acabou se retirando da sala de aula, não se mostrando muito entusiasmados com a palestra nem com assunto que seria abordado. Como a presença nas palestras não é de caráter obrigatório, esta situação foi encarada com tranquilidade por parte dos ativistas ou educadores pares.

Com os que permaneceram em sala de aula, deu-se início a mais uma palestra no âmbito das ações de prevenção do Programa Geração Biz. Um dos ativistas ou educador par começou por se apresentar para os alunos e em seguida reexplicou os propósitos da presença deles naquela hora, naquele local e naquele dia. O grupo era composto por 06 ativistas ou educadores pares, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 aos 20 anos de idade. Entretanto, o processo de apresentação foi feito no meio de algum barulho por parte dos alunos, fazendo com que os ativistas clamassem pelo silêncio destes de modo a permitir que a palestra decorresse num ambiente mais tranquilo.

Diferentemente dos outros dias, todos os ativistas estavam vestidos dos seus respectivos uniformes escolares. Cinco usavam uniformes castanhos e um deles uniforme azul, o que significa que os cinco primeiros frequentam o ensino básico (8º-10º ano) e último o ensino médio (11º-12º ano). O único elemento externo que os identificava como ativistas ou educadores pares do Programa Geração Biz era um chapéu azul com a escrita “BIZ” que um deles trazia. Este fato me fez lembrar os problemas atuais de financiamento com que o programa se depara que têm dificultado sobremaneira a provisão de uma série de recursos materiais. Paralelamente a falta de camisetas e chapéus de identificação, os ativistas não traziam nenhum outro recurso material (vídeos, panfletos, revistas, objetos ilustrativos, etc.) que pudessem lhes auxiliar durante a apresentação da palestra.

De modo a não atrapalhar nem interferir nos trabalhos dos ativistas, sentei-me numa carteira escolar que se encontrava no fundo da sala de aula. Esta posição me permitia ter um panorama geral da sala de aula, podendo ouvir a fala de todos assim como acompanhar cada movimento e cada gesto dos presentes na palestra, sem com isso perturbar os alunos ou interferir no trabalho dos ativistas ou dos educadores pares. Enquanto me dirigia para o fundo da sala de aula, um e outro aluno não deixou de me observar envolto num misto de curiosidade.

Terminadas as apresentações, os ativistas ou educadores pares deram início a palestra propriamente dita. Para aquele dia a palestra tinha como tema “*Sexo Transaccional*”⁸¹ e

⁸¹ Sexo transaccional é a relação sexual em troca de benefícios financeiros ou materiais (SILVA et al., 2010).

*Intergeracional*⁸²”. Para que ficasse claro para todos os alunos, o tema foi escrito em giz branco no quadro negro que existe na sala de aula, como se pode constatar na imagem abaixo:



Figura 20: Tema de uma Palestra do PGB de Base Escolar na Escola Secundária Geral de Nhamatanda.
Fonte: O Autor, 2012.

A primeira vista o que me chamou atenção foi o modo como acabou sendo escrito o tema da palestra. Primeiramente os ativistas mostraram alguma dificuldade de escrever devidamente a palavra “transaccional” e “intergeracional”, escrevendo de forma ortograficamente errada as duas palavras. Passado o primeiro minuto, após uma conversa em voz baixa entre eles, corrigiram a primeira, mas mantiveram a segunda escrita de forma errada.

Esse erro ortográfico cometido pelos ativistas ou educadores pares aparentemente passou despercebido para os alunos, tendo em conta que nenhum deles se manifestou em relação à situação. Isto pode nos indicar que tanto os ativistas como os alunos possuem algumas dificuldades na escrita correta de determinadas palavras da língua portuguesa. Essa situação me fez recordar por alguns instantes o grande debate que tem acontecido na sociedade moçambicana sobre a capacidade de leitura e escrita por parte dos alunos. Alguns setores da sociedade colocam a culpa desta situação no modelo que norteia o atual sistema

⁸² Sexo intergeracional consiste em situações onde mulheres ou homens têm relações sexuais com parceiros/as mais velhos/as, quase sempre por benefícios financeiros ou materiais (CNCS, s/d).

público de educação. Afastando essa discussão da minha cabeça, voltei a me concentrar na ação dos educadores pares de base escolar.

Com o tema da palestra escrito no quadro negro, um dos ativistas iniciou a mesma perguntando se os alunos sabiam o que era sexo transaccional. Os alunos se mantiveram por quase meio minuto em silêncio, tendo em seguida o próprio ativista tratado de explicar para os alunos o que ele entendia por sexo transaccional:

[.....] para mim, do meu ponto de vista, é o sexo⁸³ feito em gerações. Isto é, todos nós já ouvimos que temos nosso país vizinho, que é Maputo. [.....] Em todo caso, quando falamos de sexo transaccional estamos a falar de um sexo que é feito em gerações [.....]. No sexo transaccional nós estamos aqui no distrito de Nhamatanda e fazemos relações sexuais entre nós cá em Nhamatanda. Nós não vemos qual é a intenção dos jovens da cidade da Beira. É que nós quando vamos à cidade da Beira e mantemos relações sexuais com os jovens lá da Beira, nós não sabemos qual é a situação dos jovens de lá [.....].

Assim que o ativista ou educador par terminou de explicar para os alunos o que ele entendia por sexo transaccional, passou a palavra ao seu colega, para que este continuasse com a explicação da mesma questão. Nessa altura os outros ativistas encontravam-se mais concentrados na leitura do Manual do Ativista e menos atentos ao que o seu colega explicava. O foco na leitura do manual possivelmente era para o esclarecimento de algumas dúvidas que persistiam no seio dos ativistas ou educadores pares em relação ao tema da palestra. Enquanto isto acontecia, parte dos alunos ia murmurando entre eles sobre algumas questões que me escapavam.

Devo confessar que fiquei perturbado por alguns instantes com a explicação inicial dada aos alunos sobre o que era sexo transaccional. A explicação que foi dada e o conjunto das situações que eu ia observando na sala de aula despertavam em mim uma série de questionamentos e inquietações. O que foi explicado aos alunos ia contra toda a concepção que eu tinha sobre o que era sexo transaccional e, contra tudo aquilo que eu pensava em torno do modo como os ativistas se organizavam e se preparavam para as palestras. Parte das entrevistas que já havia feito aos gestores do programa me mostrava outra realidade em torno da preparação dos ativistas para as palestras, do processo de seleção de cada um dos temas e, do domínio que estes aparentemente possuíam em relação aos temas.

Numa primeira fase fiquei com a impressão que estava perante uma ação improvisada por parte dos ativistas ou educadores pares do Programa Geração Biz. Mesmo assim, preferi dar o benefício da dúvida e não tirar conclusões precipitadas tendo em conta que ainda nos encontrávamos na parte inicial da palestra. Afinal ainda haveria intervenção de outros

⁸³ Expressão utilizada para se referir a relações sexuais.

ativistas ou educadores pares, que pudessem ajudar a clarificar melhor para os alunos as várias questões que seriam colocadas em torno do tema.

Voltando a palestra propriamente dita, depois de ter estado concentrado na leitura de alguns trechos do manual, o outro ativista deu continuidade com a explicação do que ele percebia como “sexo transaccional”:

Ativista 02: *o meu colega interveio acerca do sexo transaccional. Isso não é novidade para ninguém aqui?*

Alunos respondendo em coro: *é novidade. Sim é novidade.*

Ativista 02: *sexo transaccional é um sexo praticado de geração em geração. Por exemplo, tu estás na cidade da Beira⁸⁴ e a outra pessoa está aqui no distrito de Nhamatanda, ou mesmo está em Inhamítua⁸⁵ [.....].*

Nessa altura, enquanto o ativista se esforçava para dar uma explicação sobre o que era sexo transaccional, um dos alunos levantou-se e pediu para tentar esclarecer aos colegas o que ele entendia como sexo transaccional:

Aluno 01: *sexo transaccional é aquele que é feito em troca de algo, transação, por exemplo, alguém faz sexo com alguém em troca de dinheiro [.....]. Por exemplo, um professor faz sexo com uma aluna por causa de nota de classificação de uma disciplina [.....].*

Antes de este aluno terminar com a sua explicação, outros alunos procuraram saber junto dos ativistas ou educadores pares, se o exemplo dado pelo seu colega, da prática de relação sexual entre o professor e a aluna não constituía uma situação de assédio sexual. Os ativistas ou educadores pares faziam um esforço titânico para poder dar uma explicação que ajudasse a ultrapassar essa dúvida dos alunos, em que uns diziam que era e outros que não.

Em jeito de insistência uma aluna voltou a pedir que os ativistas explicassem a diferença entre sexo transaccional e assédio sexual. Os ativistas continuavam se esforçando para explicar a diferença no sentido de dissipar a dúvida dos alunos. No entanto, este processo por vezes acabava esbarrando nas limitações que os mesmos tinham em relação ao tema da palestra. Por fim um dos ativistas acabou dizendo que o exemplo dado pelo outro aluno constituía um caso de assédio sexual, com as devidas ressalvas.

Os alunos continuavam murmurando entre eles em torno deste impasse, o que fez com que um dos ativistas vociferasse pedindo silêncio, e predispôs-se a reexplicar o que era sexo transaccional:

[.....] sexo transaccional é um sexo que é feito de geração em geração [.....]. É um sexo que nós praticamos [.....]. Por exemplo, eu estou aqui em Nhamatanda e vou à

⁸⁴ Cidade que dista a 100 km do distrito de Nhamatanda.

⁸⁵ Nome de um bairro habitacional da cidade da Beira.

cidade da Beira e me relaciono com uma jovem da Beira. Eu não sei qual é o estado de saúde da jovem da cidade da Beira, ela pode estar infectada pelo HIV ou não [.....]. Em seguida eu vou falar das consequências do sexo transaccional [.....]. Como consequência tem o HIV e AIDS. Por quê? Porque é um sexo que nós começamos aqui no distrito de Nhamatanda e terminamos lá na cidade da Beira. Eu não sei com quem você se mete lá onde você vive e você não sabe com quem eu me meto cá onde eu vivo [.....].

Como se pode constatar neste depoimento, os ativistas continuavam se esforçando para explicar aos alunos a concepção que eles tinham sobre o que era “sexo transaccional”. A explicação que estava sendo dada, em vez de ajudar os alunos a sanar algumas dúvidas e inquietações que eles tinham a respeito do tema da palestra, por vezes deixava-os cada vez mais confusos e imersos num ambiente de dúvidas e incertezas. Enquanto os alunos iam murmurando uns com os outros, aparentando estar ainda imersos em algumas dúvidas, um dos ativistas colocou uma nova questão para os alunos:

[.....] Qual é o modo de se prevenir o HIV. Temos que nos prevenir, alguém pode me responder como se pode prevenir?

Aluno 02: *podemos nos prevenir através de métodos contraceptivos e com o uso do preservativo, pode ser feminino e masculino. Para nos prevenirmos com estes métodos contraceptivos, antes de manter relações sexuais temos que usar o preservativo.*

Aluna 03: *podemos também nos prevenir do HIV evitando o uso de seringas ou outros objetos contaminados [.....].*

Em seguida os ativistas ou educadores pares retomaram a palavra, fazendo referência ao fato do HIV não se prevenir somente com o uso do preservativo durante as relações sexuais, mas também no cuidado que se deve ter no uso de objetos cortantes ou perfurantes como seringas, lâminas e agulhas. De modo a clarificar melhor a questão, o ativista fez menção ao cuidado que se deve ter quando se recorre à medicina tradicional, concretamente aos curandeiros⁸⁶. Segundo o ativista, porque nos curandeiros os usuários destes serviços são submetidos por vezes a determinados cortes para a aplicação da chamada “vacina”, deve-se levar lâminas próprias e de preferência novas ou devidamente esterilizadas.

Enquanto o ativista terminava a explicação da importância de se utilizar objetos cortantes ou perfurantes novos ou esterilizados, um aluno colocou outra questão em torno da infecção por meio de sangue contaminado:

Aluno 03: *[.....] suponhamos que eu estou a namorar, em que eu ou ela tem uma pequena ferida na boca que de quando em vez sangra. Durante um mês podemos-nos beijar, eu e a minha namorada. É possível nos contaminarmos se um de nós for soropositivo?*

⁸⁶ Curandeiro refere-se a uma pessoa que tenha o poder de cura no âmbito da medicina tradicional, seria o médico tradicional. Segundo Meneses (2004), o médico tradicional seria aquele que cura, o que conhece a força dos remédios e como curar com auxílio do saber de espíritos ancestrais.

Aluna 04: *sim, é possível.*

Ativista 01: *sim, eu concordo contigo porque houve deslocções sanguíneas. No momento que você esta a trocar um beijo com ela, em que ela tem uma ferida de um dos lados da boca, e que nesse momento a ferida está em sangramento, você pode consumir aquele sangue e se contaminar.*

Logo que o ativista terminou de esclarecer essa questão aos alunos, ele pôs-se de imediato a responder outra questão que já havia sido levantada por outro aluno:

Ativista 01: *[.....] ele estava a falar de sexo mais tarde. Ele está a dizer que nós andamos a falar de sexo mais tarde. Eu concordo com o sexo mais tarde, se você vê que ainda não está preparado para manter relações sexuais, você pode se preservar, isto é, você ainda pode se guardar até ter a sua idade máxima. Quando você chega à idade máxima, aí você pode ver se você já está disponível para manter relações sexuais com uma pessoa certa. Mas você também tem que ver quem é o homem com quem você está a se meter. Mas dou um conselho, nota bem, está aí o SAAJ em que vocês podem ir para lá fazer o teste. Podem ir, você e seu parceiro, fazem o teste para ver a posição da vossa saúde. Agora vou passar a palavra ao meu colega para ele poder continuar com a explicação.*

Ativista 03: *Quem tem uma ideia sobre os efeitos negativos do sexo transaccional. Quero saber sobre os efeitos negativos.*

Aluno 05: *É o seguinte, sobre os efeitos, nós podemos falar que são aspectos negativos?*

Ativista 03: *Sim, sim.*

Aluno 05: *Esses aspectos negativos de sexo transaccional, eu, a definição de sexo transaccional não fixei bem. Se tivesse fixado bem saberia quais são os efeitos negativos do sexo transaccional.*

Ativista 03: *Eu disse assim, quero saber quais são os efeitos negativos do sexo transaccional. Quem tem uma ideia?*

Os ativistas continuavam insistindo na questão sobre os efeitos negativos do sexo transaccional enquanto os alunos se mostravam com dificuldades de responder a questão. Os alunos iam conversando e murmurando uns com os outros, possivelmente tentando descortinar algo em torno da questão que continuava a ser feita de forma insistente pelos ativistas. Depois de alguns instantes no meio destes murmúrios, um dos alunos pediu um novo esclarecimento sobre o que era “sexo transaccional”:

Aluno 06: *quando estamos a falar de sexo transaccional, é o mesmo que dizer que eu saio daqui e vou para outra província, por exemplo, província de Manica. Lá me encontro com uma menina e transo com ela [.....]. Encontro com uma menina, uma baby, chego lá e transo com ela sem métodos contraceptivos. Eu não conheço qual é o comportamento que ela pratica lá, qual é a atitude dela, e eu transo com ela sem métodos contraceptivos. Aí eu posso apanhar uma doença de transmissão sexual.*

Ativista 03: *Exatamente, correm o risco de contrair doenças de transmissão sexual e gravidez também. Agora se for uma mulher que está a estudar, você faz relações sexuais, você poderá ter doenças ou ficar grávida. Você poderá sair da escola ou*

you will change shift only because of this. São efeitos negativos, isso é muito importante para vocês.

Depois dessa explicação sobre os efeitos negativos do sexo transaccional, o ativista procurou saber se os alunos tinham outra ideia para acrescentar em relação ao que ele havia dito. Não havendo nenhum pronunciamento por parte dos alunos, o ativista continuou repisando na questão do impacto negativo da gravidez para as alunas e as doenças de transmissão sexual.

Os pronunciamentos do ativista acabaram despoletando uma discussão entre os alunos sobre quem era o culpado pelas doenças de transmissão sexual. No meio de uma discussão calorosa, os alunos culpavam as mulheres e estas iam se defendendo com todo tipo de argumentos possíveis. Os ativistas tiveram que intervir para repor alguma ordem na palestra, dizendo que o problema estava dos dois lados. E em seguida foram indicando os modos que na ótica deles eram os mais indicados para os alunos se prevenirem:

Ativista 01: *eu vou vos dizer um método de se prevenir, sexo mais tarde. Esse para mim é um ponto muito importante.*

Ativista 03: *para aqueles que já fazem sexo, para aqueles que praticam sexo, usem métodos contraceptivos, ou preservativo masculino ou feminino. Mas para aqueles que ainda não fazem sexo, só sexo mais tarde, mais tarde.*

Ativista 01: *e temos aí também outro método de evitar gravidez, temos às pílulas. As pílulas também vocês podem usar para evitar aquilo que o meu colega disse, a gravidez indesejada. Isso por quê? Porque a gravidez poderá causar um maior problema para ti mesmo. Já não poderás estudar mais, cadernos e canetas não poderão pegar mais. Irão passar a vender bolinhos para poder sustentar a sua gravidez. Não é isso que acontece? Exatamente.*

Depois desse pronunciamento abriu-se espaço para que os alunos colocassem as suas dúvidas aos ativistas. Nesse sentido, foi colocada à primeira dúvida:

Aluno 07: *eu sou soropositivo, pego um objeto cortante, corto-me com ele e depois deito o objeto no sol. Em seguida chega uma pessoa soronegativa, apanha o mesmo objeto e também se corta. Essa pessoa será contaminada pelo HIV? Isso porque as pessoas têm dito que se levamos uma seringa que foi utilizada por um soropositivo e colocarmos na água a ferver, os vírus morrem. Gostaria de saber se aquele objeto que eu me cortei com ele, se for colocado durante muito tempo no sol, os vírus também morrem? Qual é a diferença entre a seringa colocada no sol e a seringa colocada na água.*

Ativista 01: *[.....] vou exatamente responder a tua pergunta. Nós vimos que o vírus têm 48 horas fora do corpo humano. Isto é, quando você se corta, o teu sangue aqui fora só pode ficar com o vírus até 48 horas. Até 48 horas estarei a mentir para ti, acho que são alguns minutos porque o sangue seca. Os vírus sobrevivem através do sangue. Então no momento em que o teu sangue escorre para o chão, ele vai ficar por aí e, no momento em que o sangue estiver a secar, o vírus também morre. Agora sobre o sol, sobre a água fervida, eu direi assim, há diferença. A diferença é que você pegou num objeto cortante e pôs sobre água, isso se diz esterilizar, estás a esterilizar a seringa. Ao ferveres ao máximo aqueles vírus todos morrem no exato momento. Agora no sol, você tem que esperar até que aquele sangue seque. Tens de*

esperar até que aquele sangue seque. Agora eu estive uma vez com um técnico do laboratório, em que vimos que através da lâmina podemos apanhar HIV/SIDA ou não apanhar HIV/SIDA. Eu posso utilizar a lâmina, eu estar infectado e você não estar. Você utilizar a mesma lâmina, mas você não apanhar o HIV. Mas em todo caso é disso mesmo que estamos a falar, de esterilizar as seringas e as lâminas ou não. No momento em que aquela lâmina fica fora durante muito tempo, aqueles vírus morrem porque aquele sangue já secou. Mas em todo caso nós deixaremos assim num caso geral, não usem a mesma lâmina por que nós não sabemos qual é que esta contaminada e qual é que não está. Não sei se satisfiz a sua dúvida.

A segunda dúvida colocada foi em torno da picada do mosquito, o que aconteceria se um mosquito picasse uma pessoa vivendo com HIV/AIDS e em seguida fosse picar outra não infectada:

Ativista 01: *[.....] sabemos que o mosquito chupa o sangue, esse é o ponto em que todos sabem, o mosquito chupa o sangue. Agora quando ele sai e vai morder outra pessoa, qual é a missão dele, é de chupar de novo o sangue. Ali ele deixa as suas bactérias e eu não posso dizer que é HIV/SIDA enquanto é malária. Eu acho que isso aí tem mais haver com os técnicos profissionais de saúde, eles podem explicar melhor. Não estou a negar que mosquito possa transmitir, até acho que ele pode transmitir.*

Ativista 02: *Mosquito não.*

Ativista 01: *É isso que eu acabei de dizer, eu não posso ficar a justificar algo que será melhor serem os profissionais de saúde a explicar.*

Ativista 02: *Mosquito não, mosquito chupa [.....]. Mosquito chupa, ele chupa o sangue de uma pessoa e chega noutra pessoa e chupa de novo [....]. É assim, o mosquito chupa sangue, mesmo que você esteja infectado, ele quando chega numa outra pessoa ele não deixa aquele sangue, ele chupa novamente o sangue dessa pessoa.*

Aluna 08: *mas o bico não é o mesmo?*

Ativista 02: *para infectar não é tão fácil.*

Aluno 09: *mas o bico que chupa não é o mesmo?*

No meio deste impasse entre os ativistas e os alunos, instalou-se uma pequena confusão na sala de aula, e um dos ativistas preferiu pôr fim à discussão apelando para que se restabelecesse alguma ordem no ambiente da palestra. Em seguida ele preferiu mudar de assunto, ordenando que os estudantes colocassem uma nova questão sem antes terem conseguido esclarecer devidamente a dúvida que pairava entre os alunos. Em função disso, surgiu mais uma nova dúvida dos alunos:

Aluno 10: *por que o preservativo não é 100% contraceptivo?*

Ativista 01: *o preservativo é sim. Só que no momento em nós estivermos a usar o preservativo, quando estivermos a manter relação sexual o preservativo pode vir a estourar se você usar mal. Ali quando você compra o preservativo vem lá escrito o método de usar o preservativo. Agora quando você só põe, tira o pénis e coloca o preservativo, e você coloca de uma forma errada, quando você estiver a manter a relação sexual ele pode estourar.*

Nessa altura, parecia que a palestra já não interessava mais aos alunos, em vez de estarem atentos às explicações que estavam sendo dadas pelos ativistas, os alunos estavam conversando entre eles sobre algumas questões que me escapavam. Os ativistas ao sentirem tal situação, do nada mudaram o foco da palestra, fazendo uma pergunta inusitada para os alunos:

Ativista 01: *o nosso colega está a perguntar sobre a sigla de BIZ. O significado de BIZ?*

Não encontrando resposta entre os alunos, os próprios ativistas tiveram que responder a pergunta feita por eles mesmos:

Ativista 03: *BIZ, programa ocupado.*

Esta resposta deu azo a uma série de questionamentos por parte dos alunos, em que estes não conseguiam estabelecer a relação entre a sigla e a resposta dada. De modo a se ultrapassar a situação, um dos ativistas teve que voltar a esclarecer o significado da sigla, mas usando outras palavras e exemplos:

Ativista 01: *é assim, Geração BIZ, é um programa sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Neste exato momento o que nós estamos a fazer, estamos BIZ, ocupados. Estamos a falar com vocês, estamos a dialogar com vocês. BIZ é uma pessoa que em 48 horas, eu não vou dizer 24, que em 48 horas está disponível para vocês. Vocês podem a qualquer momento, a qualquer hora, em qualquer lugar, a qualquer momento vocês podem contactar a nós, e nós fomos formados para poder servir a vocês. Nem mesmo que seja as zero hora, uma hora da madrugada [.....].*

Terminada essa explicação sobre significado de Geração Biz, os ativistas pretendiam pôr fim a palestra. Quando tudo indicava que a palestra fosse terminar surgiu uma nova pergunta por parte de um dos alunos. O aluno quis saber o que acontecia com o sangue doado pelas pessoas, se este estava disponível para doar a outras pessoas e, se por acaso não era por meio desse processo que as pessoas se infectavam quando fossem receber sangue numa unidade sanitária. Essa questão foi prontamente respondida nos seguintes termos pelos ativistas:

Ativista 02: *o sangue que a gente doa, se eles forem a ver lá no laboratório e descobrirem que o sangue está infectado, eles não usam aquele sangue. Só usam sangue de uma pessoa que está num estado negativo [.....].*

Ativista 01: *[.....] eu vou acrescentar alguns pontos mais. O banco de sangue quando vem para aqui, eles ao tirarem o vosso sangue, não podem pensar que naquele exato momento o vosso sangue já vai para o corpo de alguém. Se eles tiram meu sangue, primeiro o sangue vai para o laboratório em que eles vão examinar o sangue, para ver se o sangue está disponível ou não. Se eles virem que o sangue não está disponível para doar a outra pessoa eles não dão, porque não teria sentido,*

estariam a ultimar a outra pessoa [.....]. Eu estou infectado e você não está infectado, estou a levar o sangue e doar a você, é crime. Aquele médico que fizer isto, se o sangue não estiver disponível e ele utilizar esse sangue, neste caso se ele for descoberto, vocês podem se aproximar aos superiores hierárquicos dele e informar, este médico será sancionado. [.....] E dizer que o HIV/AIDS está a subir não é por causa das doações. Se o HIV/AIDS sobe é por quê? Vou dizer é por quê? É porque há outros nossos irmãos que não estão informados sobre esses pontos. Isto é, vocês também agora já sabem, logo vocês também tem que informar os outros, muitos mais os nossos irmãozinhos. Muito mais os que estão na fase da adolescência. Na fase da adolescência é uma fase muito difícil em que nós adolescentes gostamos de experimentar. E nós jovens com nome de matreco, com medo de ser chamado matreco, que namora só com uma, que é fiel, o medo de isso tudo acaba fazendo com que a gente se infecte. Então se controlem, controlem-se. Meninas andem com preservativo, andem com preservativo.

Alunos e alunas: risos e gargalhadas.

Ativista 01: *se o vosso namorado disser que eu não gosto do preservativo, eu não tenho preservativo, então você diz para ele vamos nos casar. Ou então você diz diretamente para ele não estou preparada para fazer relações sexuais sem preservativo. Você tem esse direito, no nosso manual está claro, direitos sexuais. Você também tem o direito de dizer não ou dizer sim. Sem problema você pode dizer amor hoje eu quero transar contigo, como também você tem direito de dizer amor hoje eu não quero transar contigo.*

Logo que terminou essa intervenção, as alunas puseram-se a gritar e a bater palmas, mostrando-se totalmente de acordo com os argumentos finais avançados pelo último ativista. À medida que os aplausos das meninas iam serenando, o ativista voltou a intervir:

Ativista 01: *[.....] podem também acontecer certos casos em que ela pode chegar para mim e dizer, eu estou sem vontade. Numa situação como essa eu tenho que aceitar. E no caso em que ele obrigue você a manter relações sexuais sem ter o seu consentimento, sem você necessitar, você pode se dirigir ao Gabinete de Atendimento a Criança Vítima de Violência. Você pode se dirigir a este gabinete e apresentar esse caso, estão a entender. Só que nós jovens de agora, quando a nossa parceira se recusa, a primeira coisa que pensamos é que ela tem outra pessoa. Quando a mulher diz, estou sem vontade, nós homens logo dizemos, você tem outro por isso está a negar. É por aí, vocês não podem se deixar cair neste tipo de tentações.*

As alunas continuaram respondendo quase que em coro que concordavam com as colocações feitas pelo ativista. Logo de imediato surgiu uma nova questão por parte de um aluno que quis saber o que era masturbação dois a dois. Essa questão provocou risos entre os alunos e os ativistas, alguns se mostrando meio embaraçados:

Ativista 01: *[.....] primeiro o que é masturbação, nós todos sabemos o que é se masturbar. Eu vou utilizar uma linguagem muito aberta, não sei se este é o local mais indicado. Eu vou usar uma linguagem muito aberta. Masturbar-se o que é? Eu acho que todos vocês sabem [.....].*

Alunos e alunas em coro: não, não sabemos.

Ativista 01: *está bom, está bom, masturbar-se é punhetar.*

A resposta dada pelo ativista provocou uma série de gritos e aplausos entre os alunos, encarando a situação de forma jocosa, e pedindo para que o ativista clarificasse melhor a questão. Entretanto, os ativistas mostravam-se meio embaraçados em clarificar a questão, tentando chegar a um entendimento que melhor elucidasse os alunos:

Ativista 02: *punhetar é pegar no seu órgão genital e começar a [.....].*

O constrangimento de responder mantinha-se, e as alunas de forma insistente e num tom jocoso, clamavam por uma clarificação por parte dos ativistas. Estes meio embaraçados tentaram uma nova investida:

Ativista 01: *masturbar-se é pegar no seu órgão genital e começar a [.....].*

Sem conseguir dar uma resposta que satisfizesse a vontade das alunas e dos alunos, o ativista preferiu gesticular em vez de continuar a dar uma resposta verbal, o que provocou risos e gargalhadas entre os participantes. Em função dos gestos do ativista, num tom engraçado os alunos pediram a este que mostrasse também como as mulheres se masturbavam. Ao que ele respondeu verbalmente:

Ativista 01: *as mulheres também fazem, põe dedo no órgão genital.*

Nesse momento, a palestra já tinha tomado um carácter totalmente diferente do inicial, em que os alunos e alunas se mostravam mais soltos na colocação das questões, por vezes em tom jocoso e de zombaria.

Foi envolto neste ambiente que terminou a palestra orientada pelos ativistas ou educadores pares de base escolar da Escola Secundária Geral de Nhamatanda, no âmbito das ações de prevenção desenvolvidas pelo Programa Geração Biz no distrito de Nhamatanda. A palestra teve uma duração de quase 40 minutos.

7.2. Relatando Uma Campanha de Sensibilização realizada pelos Técnicos do SAAJ

Os Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ) constituem a parte clínica do Programa Geração Biz. Estes serviços foram instituídos para atender as demandas dos adolescentes e jovens dentro de um ambiente que lhes fosse mais acolhedor. Entretanto, no distrito de Nhamatanda em particular, e no país no geral, tem-se verificado uma fraca adesão de adolescentes e jovens a esses serviços. O que se tem verificado é uma maior adesão de adolescentes e jovens do sexo feminino grávidas, no âmbito das consultas pré-natais.

De modo a inverter esse cenário decidiu-se avançar com diferentes ações, sendo uma delas as campanhas de sensibilização realizadas pelos técnicos de saúde junto à comunidade. Foi nesse sentido que se programou uma série de campanhas de sensibilização nas escolas do distrito, no sentido de darem a conhecer aos alunos a existência desses serviços, a vocação dos mesmos, a sua importância, a localização, o horário de funcionamento, etc. Com essa ação, esperava-se poder aumentar e diversificar o número de adolescentes e jovens atendidos pelos serviços e, desse modo, aumentar o número abrangido pelo programa como um todo.

Com intuito de compreender melhor como eram desenvolvidas estas campanhas de sensibilização procurei junto da responsável do SAAJ me informar sobre os dias em que as mesmas aconteciam e se era possível participar no processo. Porque se tratava de uma atividade institucional, tinha que conseguir uma autorização dos responsáveis do setor da saúde, o que foi possível obter sem muitos sobressaltos. Ultrapassado este processo burocrático procurei me informar sobre os dias concretos em que seriam realizadas as referidas campanhas e me programei em função disso.

No dia marcado cheguei por volta das 07 horas da manhã no recinto do Hospital Rural de Nhamatanda e me dirigi para as proximidades dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens. Fiquei por lá aguardando a chegada da funcionária responsável pelos serviços para poder me inteirar sobre as Escolas onde iriam trabalhar naquele dia e desse modo me integrar no grupo dos técnicos de saúde.

Por volta das 08 horas a funcionária se fez presente aos serviços. Infelizmente para meu desgosto, ela me informou que naquele dia já não se iria realizar a campanha de sensibilização conforme o programado, porque os carros que seriam utilizados para a campanha não tinham combustível disponível para aquela atividade. Ela lamentou a situação e disse que nada poderia fazer naquele momento.

Fiquei tão agastado com a situação e me perguntava como era possível uma coisa destas estar a acontecer. Para uma atividade que me parecia ser de extrema importância, num

país com uma epidemia generalizada de HIV/AIDS, não terem sido destinados recursos suficientes para a sua operacionalização. Depois de alguns instantes me debatendo com essa situação, acabei me recompondo e abri a possibilidade de estar perante um caso pontual, coisa que é passível de acontecer em alguns momentos.

Procurei me informar junto da responsável pelos serviços se a atividade seria reprogramada para outro dia. Ela me respondeu que sim, mas não estava em condições de me informar naquele momento para quando é que ficaria. Isto porque a realização desta atividade depende muito da disponibilidade de meios circulantes (automóveis ou motocicletas) e, a sua disponibilização dependia muito da alocação feita pela direção do Hospital Rural de Nhamatanda em função da disponibilidade dos meios que existiam. Nesse sentido, me aconselhou a ir passando de quando em vez pelos serviços para poder saber sobre a data de realização das referidas campanhas.

Depois de quase duas semanas de espera, finalmente me foi informado que seria realizada uma campanha de sensibilização dirigida aos adolescentes e jovens da Escola Secundária Geral de Nhamatanda. Para operacionalização da campanha optou-se pela sua realização no formato de uma palestra, tendo sido realizada no tempo reservado a Reunião de Turma e que o grupo alvo seria constituído pelos alunos do ensino básico. Diferentemente das outras palestras, esta foi dirigida aos alunos de duas turmas, o que fez com que na sala de aula estivessem presentes cerca de 50 alunos, sentados em grupos de três por cada carteira escolar.

A palestra foi orientada por 04 técnicos de saúde, uma mulher e três homens, em que o grupo era liderado pela técnica de saúde responsável pelos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens. O que me chamou atenção nesse processo foi a não participação dos ativistas ou educadores pares de base escolar existentes na escola. Tendo em conta que uma das características do Programa Geração Biz é o fato deste ser multissetorial envolvendo três ministérios, que de princípio deveriam trabalhar de forma coordenada, era suposto que se envolvessem nesta atividade os ativistas ou educadores pares de base escolar. Infelizmente tal situação não se sucedeu, tendo a palestra sido orientada exclusivamente pelos técnicos de saúde.

Como de costume, sentei-me nas carteiras que se encontravam no fundo da sala de aula. Desta vez, pelo número maior de alunos que se encontravam presentes para a palestra, tive que partilhar a mesma carteira com mais dois alunos, uma do sexo feminino e outro do sexo masculino. Os alunos encararam a situação com tranquilidade, possivelmente porque parte considerável destes já estava mais ou menos acostumados com a minha presença no ambiente da Escola Secundária Geral de Nhamatanda.

A palestra iniciou com a apresentação dos palestrantes em que a técnica de saúde fez menção ao fato de eles serem funcionários do Hospital Rural de Nhamatanda, concretamente do Serviço Amigos de Adolescentes e Jovens. Todos os 04 técnicos de saúde encontravam-se trajados com os seus respectivos jalecos e os homens tinham ainda calças e sapatos brancos. Esse modo de vestir reforçava ainda mais a identificação deles como funcionários do setor da saúde.

Dos técnicos de saúde presentes, a palestra era dirigida fundamentalmente pela técnica de saúde responsável pelo SAAJ, desempenhando os outros técnicos o papel de auxiliares no processo. A técnica de saúde começou a palestra falando da natureza do SAAJ, sua localização e, os serviços que os adolescentes e jovens poderiam encontrar lá:

Técnica de Saúde: *No SAAJ faz-se teste e faz-se aconselhamento no âmbito da mudança de comportamento. Mudança de comportamentos que não ajudam a sociedade. Está bem?*

Alunos em coro: *sim.*

Logo em seguida a palestrante principal fez menção ao tema específico que seria tratado naquele dia. O tema programado para a palestra era: *Gravidez Indesejada*. Segundo a palestrante, havia se escolhido aquele tema para aquele dia porque ela estava se deparando com um número cada vez mais crescente de adolescentes e jovens dos 10-25 anos que apareciam grávidas no SAAJ no âmbito das consultas pré-natais. Em termos de estrutura organizacional de atendimento no Hospital Rural de Nhamatanda, todas adolescentes e jovens abaixo do 25 anos que se encontram grávidas, são atendidas nos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ).

Conforme a colocação da palestrante:

Técnica de saúde: *o meu maior número de consultas é de gravidezes em vez de consultas no geral. Há muitas adolescentes e jovens que estão a aparecer no SAAJ grávidas. Jovens e estudantes, então isso é preocupante. Então vim com uma preocupação não só do distrito, mas também da província. Estou sendo criticada, por causa das gravidezes nas escolas. Há muitas meninas que estão a vir grávidas, é perigoso estudantes estarem grávidas enquanto estão ainda num percurso escolar.*

Alguns alunos em coro: *sim.*

Na ótica dos responsáveis pelos serviços de saúde, o número cada vez mais crescente de adolescentes e jovens que se tem apresentado grávidas no SAAJ, justificava a necessidade da realização de uma palestra sobre “*Gravidez Indesejada*” entre os alunos, presumindo-se de antemão que a maior parte das usuárias destes serviços se encontrava numa situação de uma gravidez não desejada ou não planificada.

Em seguida a palestrante centrou o seu discurso nos aspectos positivos e benefícios futuros que as alunas teriam se não se deparassem com uma situação de gravidez durante a adolescência ou juventude:

Técnica de saúde: *vocês não querem terminar os estudos, se formarem, trabalharem. Vocês não querem?*

Alguns alunos em coro: *queremos.*

Técnica de saúde: *agora se vocês ficarem grávidas cedo irão chegar até lá?*

Alguns alunos em coro: *não.*

Técnica de saúde: *não por quê.*

Aluna: *por que teria de cuidar do bebê.*

Técnica de saúde: *exatamente. Tem de cuidar de bebê, tem de cuidar de marido, da sogra.*

Esta última fala da palestrante provocou risos entre os alunos, o que fez com que ela chamasse atenção a estes pelo fato de estarem a encarar o assunto como se fosse uma piada, mas quando se encontrarem numa situação futura de gravidez iriam constatar o quanto o assunto era sério e problemático. Continuou com o seu discurso, agora se centrando nos aspectos que na ótica dela eram negativos numa situação de gravidez na adolescência:

Técnica de saúde: *quando chega a fase mais crítica, você já tem o bebê, mas você ainda é uma criança que ainda precisa de cuidados de Mamã e Papá. Mas mesmo assim você também está a engravidar. Para criar um bebê não é fácil, acarreta custos, dinheiro, porque o bebê quer vestir, o bebê quer leite, o bebê quer ir ao hospital. Você também quer comer, quer vestir, fica doente e também quer ir ao hospital. Então você vai ter duas despesas, tem que sustentar o bebê e tem que sustentar a você mesmo. E os nossos pais nessa fase já não aguentam sustentar você e sustentar o seu filho ao mesmo tempo. Alguns pais podem fazer, mas fazem com muita dificuldade, a murmurar, o que não ajuda muito a nós mesmos. Chega certas vezes que eles se zangam conosco e você acaba ficando frustrada para toda vida por causa do bebê que você quis ter cedo. Então isso se evita meninas, isso não é só para as meninas, os rapazes também. Porque vocês mulheres não engravidam sozinhas, é o seu colega da carteira que te engravida.*

Algumas alunas em coro: *sim (risos, gargalhadas e palmas).*

Dando prosseguimento ao assunto, a técnica de saúde fez menção às formas que as meninas poderiam utilizar para evitar uma gravidez:

Técnica de saúde: *é importante sim namorar, podemos namorar, não estamos proibidos, mas, por favor, vamos usar o preservativo, há muitos preservativos. Muitos preservativos e nem se paga. Você chega ao hospital, e eu fico satisfeita quando aqueles jovens vêm e dizem enfermeira hoje não tenho muito tempo, mas só estou vir pedir preservativo. Aquilo me alegra, quer dizer que ele se previne, porque o preservativo não previne só gravidez, vocês sabem [.....]. Previne também [.....].*

Alunos em coro: *doenças.*

Técnica de saúde: [...] porque nós vamos fazendo o sexo sem preservativos e acabamos por engravidar. E não vamos só engravidar porque também acabamos apanhando doenças. Vamos engravidar e vamos receber doenças, doenças de transmissão sexual, e está incluso o HIV/AIDS.

Nesse momento da palestra, o HIV/AIDS passou a dominar os argumentos da palestrante, como uma das infecções de transmissão sexual que mais acometiam as adolescentes e jovens testadas no SAAJ.

Técnica de saúde: [...] cerca de 50% das jovens grávidas, até pode não ser 50, 40% são soropositivas. No número total das meninas e rapazes testados, é pena que hoje eu não trouxe o meu relatório. De acordo com os resultados dos testes as meninas é que são as mais infectadas. Sabem por que, porque eu recebo mais meninas que rapazes. É por isso que as meninas constituem a maioria das infectadas. Então, por favor, vamos prevenir a gravidez, vamos prevenir a gravidez usando o preservativo.

Esse dado numérico trazido pela palestrante deixou os jovens momentaneamente alarmados com a situação de HIV/AIDS entre os testados no SAAJ, provocando entre eles uma série de comentários que me escapavam. Em seguida a palestrante deu prosseguimento à palestra, centrado desta vez o seu discurso em alguns comportamentos negativos que as adolescentes e jovens em tido em casos de gravidez:

Técnica de saúde: [...] E na gravidez indesejada a quem pode ficar grávida e não conseguir se abrir com a sua Mãe. Ou vive com Avó, Tia e não consegue dizer que eu falhei no período menstrual. Nesses casos podem vir ao hospital e procurem o enfermeiro que está a atender o vosso grupo, falem com a pessoa, conversem, abram-se, quem sabe poderão ter soluções. Em vez de você barrar a sua vida por causa de uma gravidez, você poderá limitar muita coisa que você tinha por fazer no futuro. Você já não vai poder terminar os estudos porque tem que sustentar a gravidez, não vai poder nem ir à faculdade porque você ficou grávida e tem de sustentar o bebé e já não tem dinheiro. O seu Pai já não tem dinheiro para te dar para você poder ir à faculdade porque você já tem um bebé. Há quem faz a 12ª classe, por exemplo, e está grávida. O Pai tinha muitas perspectivas para a filha. Como por exemplo, no próximo ano se a minha filha for a terminar o ensino médio, eu quero fazer de tudo para ela poder ingressar na faculdade. Se você engravida naquele mesmo ano, como é que fica o teu Pai?

Aluna: desmoralizado.

Técnica de saúde: desmoralizado. Se você quer ter esse teu bebé, se você quer sustentar esse teu bebé, vai ter dinheiro para fazer inscrição para a faculdade?

Alunos em coro: não, não.

Técnica de saúde: vai levar aquele dinheiro de inscrição e comprar fraldas.

Alunos em coro: sim, sim.

Técnicas de saúde: [...] não vão conseguir fazer inscrição para a faculdade, irão tirar o dinheiro para sustentar o bebé, porque se formos a ver o Pai do mesmo bebé também é estudante. Há quem tem uma sorte de ter uma pessoa que trabalha, mas não é ideal. O ideal é que nós queremos estudar, queremos ter o nosso próprio pão. Para termos o nosso próprio pão temos que nos esforçar, dizer não ao sexo mais cedo, antes de chegar à idade. Conseguem vocês?

A pergunta feita pela palestrante se os adolescentes e jovens presentes na palestra tinham ou não possibilidade de adiar o início da prática de relações sexuais até a idade certa, deposletou na generalidade duas respostas antagônicas, em que um grupo de alunos respondia que sim e outro que não. Algumas alunas reagiam afirmando que em função do exemplo dado a pergunta era mais dirigida às mulheres, alegando que os homens deveriam se abster de responder. No contexto dessa colocação as mesmas alunas gritavam que era possível adiar o início da relação sexual para uma idade mais apropriada, sem com isso conseguir dizer em que momento tal desiderato se alcançaria.

Devido à insistência de alguns alunos do sexo masculino de que isso era de difícil aplicabilidade prática, a palestrante teve que voltar a intervir no sentido de pôr alguma ordem na palestra e argumentar em torno desse impasse:

Técnica de saúde: *existem alguns que conseguem adiar o sexo, mas vocês condenam [.....]. Afirmam aquele é 6:30, aquela tem espírito mau, aquele ali é dzamwamwa⁸⁷ [.....]. Mas não é isso, aquela pessoa está muito ciente do que está a fazer. Ele sabe o que quer. Agora já vocês como vivem para ter mais fama na escola, para serem vistos mais, que aquela aí está a namorar com o professor X [.....].*

Esse exemplo final dado pela palestrante arrancou risos, gargalhadas e aplausos entre os alunos do sexo masculino, num tom quase acusatório as alunas. A técnica de saúde continuou com a sua explanação:

Técnica de saúde: *isso não é fama mulheres [.....]. Andam a carregar doenças para casa. E se levamos doenças para casa dão trabalho a Mamã e Papá, que tem de cuidar de vocês quando estiverem infectados com HIV. Se você fica doente nem teu Pai nem tua Mãe já não podem trabalhar mais, tem de passar a vos levar para o hospital. Em vez de serem vocês a levarem ao Hospital vossa Mãe, elas é que voltarão a vos levar. Não nos esqueçamos de que os nossos pais nos levavam quando éramos crianças. Este seria um segundo trabalho, te nascer, te criar, te sustentar na escola, e te sustentar de novo na doença. Isso porque você estará débil e não conseguirá ir sozinha para o Hospital, logo ela tem de te levar ao Hospital por causa do SIDA. Temos que raciocinar um pouco antes de fazermos as coisas [.....].*

Na senda deste discurso meio assustador para as alunas, a palestrante introduziu a questão de abortos caseiros associado a situações de HIV/AIDS, como outra prática que também prejudica as mulheres. Nessa fase a palestra parecia estar mais dirigida às mulheres que aos alunos como um todo:

Técnica de saúde: *[.....] quem estiver nessas situações, por favor, aproxime-se do hospital, não provoquem abortos lá em casa. Porque estão a aparecer meninas com problemas de aborto, já com útero danificado, outras vão ter que ser retirado útero e vão ficar sem útero e não vão poder fazer mais filho, nunca mais. Temos um caso*

⁸⁷ Significa homem com problemas ereção.

de uma menina que ficou grávida, decidi ir ter com uma vovô lá no bairro, e acabou introduzindo um bambu de mandioqueira na vagina, furou o útero. Veio no Hospital e lhe informamos que o útero já havia se furado. Não tivemos como contornar a questão e removemos o útero. Informamos que ela ficaria sem o útero e já não poderia voltar mais a engravidar. Que ela passaria a ser uma mulher entre parênteses, não poderá fazer mais filho [.....]. É isso que vocês querem?

Alunas em coro: não.

Técnica de saúde: *venham ao Hospital, digam que estão grávidas, que falhou a menstruação, procurem ajuda o mais cedo possível, será melhor para vocês. Vocês querem estudar, não querem?[.....]. Por que você vai se casar, você está na 10ª classe, por que querer se casar? Teu marido não vai te deixar continuar a ir à escola porque tens de cuidar da casa, cuidar dele e cuidar da criança. Você não vai poder mais ir à escola e ele já não vai mais te apreciar. Ele vai estudar e vai trabalhar. Ele vai casar contigo e passará a apreciar colegas do serviço dele. Ele vai acabar te deixando e você não terá nível acadêmico nenhum. Não irá trabalhar e será Mãe de um filho. Lá no serviço dele tem uma que calça um sapato bico fino [.....]. Ele vai preferir se casar com essa e te deixará em casa [.....]. Vocês não sabem que casamento de hoje é na base do interesse, homens querem mulheres que trabalham. Meninas abram os olhos. Todo homem quer uma mulher que trabalha, se você não trabalha, poderá se casar, mas será um casamento infeliz [.....]. Todo homem quer mulher que trabalha, se você não trabalha e deixaste de estudar, estás tramada. E o mais grave é que nem aproveitaste o tempo em que o seu Pai poderia custear os seus estudos. Nesse momento o teu Pai já terá morrido. Ninguém vai te ajudar e ele não estará nem aí para te ajudar a ir a Escola. Só quis te prejudicar, te dar filhos, te dar sofrimento, te dar humilhações e te fugir [.....]. Não é isso que se costuma dizer nos bairros.*

Alunas em coro: sim.

Técnica de saúde: *Então isso não é um motivo para vocês sentarem e pensarem?*

Alunas em coro: é.

Técnica de saúde: *então por que vocês estão a engravidar cedo. Enquanto vocês estão a ver o que está acontecendo nos bairros. Eu não quero ver mais nem uma de vocês grávida. Assim que eu estou aqui na sala, quem não estiver grávida, por favor, não quero ver alguém aparecer a dizer que estou a vir abrir ficha lá nos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens.*

Essa última fala da palestrante deixou os alunos e alunas meios emotivos, em que estes gritavam pelo nome de uma das alunas presentes, alegando que a mesma se encontrava grávida. De modo a serenar um pouco os ânimos e dar continuidade com a palestra, a técnica de saúde voltou a intervir:

Técnica de saúde: *a que está grávida foi um acidente desta vez. Ela vai criar o bebé, vai continuar a ir à escola, vai deixar o bebé em casa com vovô ou com mamã ou com sei lá quem.*

Este argumento não foi suficiente para serenar os ânimos entre os alunos em que estes continuavam fazendo menção ao nome da presumível aluna que estaria grávida, envoltos em risos e gargalhas e emocionados com a situação. A técnica de saúde voltou a intervir no

sentido de serenar de uma vez por todas os ânimos e manter a palestra dentro de um ambiente controlado:

Técnica de saúde: [.....] *aquela que ainda não está grávida é melhor continuar assim mesmo. Eu quero ver quem será a próxima vítima, estão a ouvir? [.....]. Preservativo está cheio lá no hospital, mahala⁸⁸, venham levar. As meninas não estão proibidas de andar com o preservativo na bolsa, tem que andar com o preservativo na bolsa e se encontrar um “guetxengwe⁸⁹” por aí e vos dizer vamos. Vocês respondem tudo bem vamos. Se ele for a dizer, não tenho preservativo, esqueci. Vocês respondem eu tenho preservativo e você tira o teu preservativo da tua bolsa. Ouviram?*

Alunas em coro: *sim.*

Em seguida a técnica de saúde terminou a sua intervenção, apelando aos alunos para colocarem no papel alguma dúvida que tenham tido em relação a sua explanação para um esclarecimento posterior na parte final da palestra. Na sequência, passou a palavra para os seus outros colegas no sentido destes poderem também tecer algumas considerações em torno do tema da palestra.

Dando continuidade à palestra, o técnico de saúde começou a sua intervenção dando relevância a questão da prevenção individual para o não aparecimento das gravidezes indesejadas. E uma das formas de se prevenir segundo ele, era a participação nas consultas de planeamento familiar. Dando seguimento, ele perguntou se os alunos sabiam o que era planeamento familiar. Os alunos responderam que já tinham ouvido falar, mas que não sabiam de concreto ao que se referia. Em função desta resposta, o técnico de saúde teve que esclarecer aos alunos o que significa planeamento familiar:

Técnico de saúde 02: [.....] *planeamento familiar é um dos métodos que pode vos ajudar a prevenir essas gravidezes indesejadas, essas doenças, essas DTS e o HIV/SIDA. São vários tipos de métodos que nós temos disponíveis e são baratos. Quando uma pessoa engravida para poder sustentar a criança nascida, para poder fazer e custear uma série de coisas vai vos custar muito dinheiro enquanto nós temos vários métodos que são baratos e ninguém cobra por isso. E temos várias pessoas formadas e capacitadas para poder atender esse tipo de casos. Se você vem para o Hospital e não encontra a mim, estão aqui outros médicos, tem outros enfermeiros lá que podem oferecer esse tipo de serviços. É importante nós aderirmos ao planeamento familiar para que a gente evite essas gravidezes indesejadas. Têm preservativos, têm preservativos masculinos e femininos, têm pílulas, tem DIU, têm vários tipos de métodos a longo, curto prazo e para a vida inteira. Cabe à pessoa aceitar essa mudança de comportamento para que Moçambique desenvolva. Moçambique depende de nós, não só de mim, mas de todos nós. Eu acho que um dia, um de vocês que estão desse lado gostariam de estar aqui [.....]. Eu também quando estava na carteira, eu tive que dizer agora não, tenho que estudar, sexo só para mais tarde. Se for sexo, tem que haver outra forma de eu poder me prevenir, de eu poder me proteger, porque não adianta só a gente usar o preservativo, não adianta nada a gente dizer que nós sabemos usar o preservativo enquanto estamos enganados. Colegas, é triste aquilo que a enfermeira esteve a*

⁸⁸ Mahala é um termo da língua Ronga ou Changane utilizado para se referir a algo gratuito, de borla.

⁸⁹ Termo que significaria um rapaz da mesma faixa etária ou uma pessoa mais adulta do sexo masculino.

dizer, num universo de 30 meninas, 20 são soropositivas. Num universo de 30 meninas, por exemplo, nós que estamos aqui, vamos supor que todos nós aqui somos meninas, se nós todos formos fazer o teste, nós vamos verificar que talvez 20 ou 25% de nós estamos infectados, isso já é um problema para nós. Nós começamos a fugir da sociedade, porque não é a sociedade a fugir de nós. Na verdade o preconceito ou estigma começa de nós mesmos. Não começa do meu colega que sabe que eu tenho HIV, eu só por saber que tenho HIV passo a me afastar daquele meu colega. Só por eu saber que eu estou grávida, passo a me afastar daquele meu colega para que ele não se aperceba com medo de ele informar outras pessoas. E é nesse momento que eu já vou para as ruas, vou procurar aquela titia conforme a enfermeira dizia, e levo um pau ou bambu de mandioca e começo a “djoconhar”⁹⁰ lá dentro até sair àquela criança. Duma ou doutra maneira nós acabamos contraindo outro tipo de doenças. Então é esse tipo de coisas que nós devemos saber dizer não, ninguém é proibido de namorar, mas desde o momento que saiba como namorar. Ninguém é proibido de fazer o sexo, mas desde o momento que saiba como fazer o próprio sexo de uma maneira segura para que garanta uma vida saudável para si, para a pessoa que está com ele e também para a sua família [.....].

O técnico de saúde continuou com a sua intervenção no mesmo diapasão, apelando aos jovens para aderirem aos serviços de aconselhamento e testagem, existentes no Hospital Rural de Nhamatanda. O que variava na explanação dos técnicos, eram os exemplos assustadores que davam para os alunos, como se pode constatar no discurso do outro técnico de saúde:

Técnico de saúde 03: [.....] *são vários casos que a gente assiste de gravidezes indesejadas. As meninas não aceitam e procuram o Rafael, e quando informa ao Rafael que está grávida, o que é que este diz: “menina isso é contigo eu não quero saber, arranje-se a tua maneira”. E o que é que a menina faz nesse momento, procura ratex⁹¹, nós sabemos o que é ratex [.....]. Já ouviram falar dos casos de suicídios por causa de ratex? Há vários casos que a gente acompanha por aí por causa de ratex. A pessoa toma ratex e morre, e nós não sabemos por que é que a pessoa morreu. Mas é porque o Rafael não aceitou a paternidade daquela criança. Ao mesmo tempo o Rafael vai ter que roubar para poder fugir da cidade, vai ter que fugir do distrito. Ao mesmo tempo Rafael vai ter que se envolver com as drogas para poder ver se consegue esquecer aquele problema. Por isso não é bom para nós que a gente engravide agora, se nós estamos num bom caminho para poder estudar e progredir, é melhor ficar assim. É momento este para a gente mudar Moçambique, há cerca de 10 ou 20 anos atrás, não se aceitava que uma miúda grávida estivesse no curso diurno. Mas hoje nós assistimos muitas colegas nossas que estão aqui a estudar no curso diurno, porque são vários esforços que se tem feito, no sentido de que essas pessoas não sejam discriminadas. Porque nós somos os primeiros a discriminar essas pessoas, mas para que a gente não discrimine essas pessoas, é preciso que a gente faça o planeamento familiar, é preciso que a gente mude de comportamento [.....].*

Terminada essa intervenção, passou-se a palavra para outro técnico de saúde. Por alguns instantes eu pensei que iria ouvir algo diferente, engano meu, voltou-se ao anterior exemplo de suicídio:

Técnico de saúde 02: [.....] *todo aquele que é aluno ou que é aluna, o que acontece muita das vezes quando se apercebe que engravidou? Ou numa situação em que um aluno engravidou uma aluna, ou um aluno envolveu-se com outra pessoa e engravidou. Nesses casos quando não consegue suporte, o que é que faz? Quando*

⁹⁰ Termo que significa introduzir em algo.

⁹¹ Marca de um veneno utilizado em Moçambique para matar ratos.

não consegue suporte e não consegue resolver o problema, o que é que acontece, ele tenta se suicidar. Pode tomar ratex, tomar comprimido. Que fique claro que neste período em que vocês se encontram neste momento não é bom para vocês engravidarem [.....].

Ao terminar esse exemplo, pôs-se fim a apresentação dos técnicos de saúde e se abriu espaço para que os alunos colocassem algumas questões. Na sequência entrevi uma aluna da 10ª classe, turma A, em vez de uma questão ela fez uma observação relacionada com a questão do suicídio. Na ótica dela, nos casos das adolescentes e jovens que optavam por se suicidar nos casos de gravidez, a culpa é mais dos pais ou encarregados de educação, porque estes muitas das vezes em vez de acolher optam por expulsa-las de casa. Numa situação como essa, as adolescentes e jovens se vêem sem muita opção e acabam optando pelo suicídio.

Após essa observação os alunos estiveram por alguns instantes a trocar algumas impressões entre eles, possivelmente em torno do tema da palestra e de algumas dúvidas que ainda possuíam. Os técnicos de saúde recomendaram aos alunos que deixassem as observações ou pontos de vista pessoais para outro momento, que aquela fase estava reservada para a colocação de questões. Após alguns instantes, surgiu uma pergunta por parte de uma aluna, que pareceu deixar os técnicos de saúde um pouco mais pensativos em respondê-la:

Aluna: *é recomendável uma jovem antes de nascer fazer o planeamento familiar?*

A resposta a essa pergunta acabou sendo protelada para outro momento pelos técnicos de saúde. Enquanto isso eles convidaram os alunos a fazerem outras questões que necessitassem de esclarecimento.

Depois de alguns instantes, surgiu uma nova questão por parte de uma aluna que queria saber se era possível uma mulher virgem engravidar sem ter mantido relação sexual com um homem. Engravidar numa situação em que ela toma banho numa bacia com água onde um homem tenha ejaculado, ou numa situação em que um homem tenha ejaculado numa toalha e uma determinada mulher virgem utilizasse essa mesma toalha para se limpar depois do banho.

Os técnicos de saúde responderam a questão, afirmando que as possibilidades de tal fenómeno acontecer eram raríssimas e que o espermatozoide tinha um tempo de vida fora do corpo humano estimado em 72 horas após a ejaculação. Entretanto é preciso realçar que os técnicos de saúde levaram quase 10 minutos para responder essa questão, mostrando-se em determinado momento meio céticos nos esclarecimentos que davam aos alunos.

Em seguida voltaram a apelar para que os alunos colocassem outras questões que eles gostariam de ver esclarecidas. Neste sentido surgiu mais uma questão, colocada pela mesma aluna que colocou a questão anterior:

Aluna: [.....] *se um soropositivo inserir sangue infectado num caril que já está preparado, há probabilidade de alguém que vier a consumir este caril se infectar?*

Técnica de saúde: [.....] *a pessoa põe sangue num caril já feito [.....]. O HIV para poder se transmitir é preciso que haja uma porta de entrada. Mas deste jeito como você disse é mais ou menos como os bebês apanham. Vocês já ouviram falar da transmissão vertical [.....]. Uma Mãe nasceu um bebê, o bebê pode apanhar lá na barriga da mãe através do cordão umbilical ou pode apanhar no momento do parto. O bebê pode ingerir o sangue, se o bebê tem lesões na boca, feridas, lesões são feridas, aquelas feridas invisíveis [.....]. Se ele ingere aquele leite da Mãe, um leite infectado, então pode apanhar o HIV. Então desse jeito como a vossa colega disse, um sangue num carril de uma pessoa infectada, se outra pessoa comer esse caril e esta pessoa tiver feridas na boca, porque a ferida é uma porta de entrada, pode apanhar sim. Mas se não tiver feridas ao nível da boca, do estômago, no esôfago, lá nos intestinos, a pessoa não vai apanhar o HIV de qualquer maneira, não apanha, por que para apanhar HIV é preciso que haja uma porta de entrada [.....].*

Esclarecida essa questão, os técnicos de saúde voltaram a pedir que os alunos colocassem mais questões. Infelizmente parece que estes já não tinham mais questões a colocar, o que fez com que se abrisse espaço para responder aquela questão que havia ficado pendente. Dando seguimento, a técnica de saúde respondeu:

Técnica de saúde: *é possível sim uma pessoa que nunca engravidou fazer o planejamento familiar. Eu aqui sou um exemplo para vocês, eu fiz o planejamento antes de fazer filho, antes de engravidar, fiz o planejamento com DIU. É uma pena que hoje não deu para trazer o DIU, mas da próxima vez eu irei trazer para vos mostrar. Mas se vocês quiserem saber mais o SAAJ está aberto das 07h30min da manhã às 15h30min. Logo que saírem da escola podem passar por lá, nós iremos mostrar. É possível sim fazer o planejamento com DIU, é possível fazer o planejamento com pílulas. Não se pode fazer o planejamento de injeção antes de engravidar, não é aconselhável para quem nunca teve filhos. O planejamento de injeção tem uma longa duração, ficasse alguns anos sem se poder engravidar, demora um pouco mais [....]. Caso contrário, se a pessoa não quiser fazer filho, está a estudar, quer ir até a faculdade, tem muitos sonhos e não quiser fazer filhos naquele momento, pode optar pelo método de injeção porque é muito longo em termos de duração. E tem outro método que nós podemos fazer que é um implante que se introduz no braço esquerdo. Introduz-se o implante e você fica dez anos com o implante, e este não interfere em nada. Só que não previne HIV nem DTS, previne apenas gravidez. Todos os métodos só previnem gravidez [.....]. Ficas com aquilo durante 10 anos, se você acha que já quer fazer filhos antes dos 10 anos, tempo limite do seu planejamento, você pode voltar ao Hospital e dizer agora já quero fazer filhos, já estou preparada para receber o bebê. Tiramos o implante e você pode engravidar, e engravida. Enquanto que a pílula toma-se um comprimido por dia, todos os dias sem falhar. Para você não engravidar tomasse um comprimido por dia. Se você quer fazer filhos, você vê que hoje dá, você leva os comprimidos que você tinha, vem e diz que quero parar de tomar pílula porque já quero engravidar. Nós recebemos e damos orientações para você poder engravidar sem problemas. Pode-se fazer o planejamento antes de se fazer filho.*

A palestra prosseguiu com a técnica de saúde explicando as regras a se seguir para se tomar pílulas de forma correta no âmbito do planejamento familiar. Nessa altura já se

caminhava para o fim da palestra e outros técnicos de saúde puseram-se a distribuir pequenas brochuras e panfletos que versavam sobre o planejamento familiar. O que me chamou atenção nesse processo foi que as brochuras e os panfletos só eram entregues as mulheres, como se as informações que as brochuras continham não interessassem aos homens. Esse ato acabou provocando certo protesto por parte de alguns alunos do sexo masculino.

Envolto nesse ambiente a palestra ia caminhando para seu término, no meio de muito barulho e gritaria por parte dos alunos, uns tentando ainda fazer novas questões, outras preocupadas em ver e receber as brochuras, outros, com pressa de ver a palestra terminar para se ir embora, aparentando já certo cansaço.

A última fala dos técnicos de saúde foi a de procurar saber se os alunos haviam percebido alguma coisa e se iriam implementar na prática, tendo recebido uma resposta positiva por partes destes. Já quase se retirando, os técnicos puseram-se a distribuir preservativos masculinos pelos alunos do sexo masculino. Entretanto, a distribuição dos mesmos estava sendo priorizada para certos alunos do sexo masculino que aparentavam ter uma idade um pouco mais avançada, o que acabou causando certo protesto por parte das mulheres e de outros alunos do sexo masculino.

Foi desse modo que após quase cerca de 50 minutos terminou mais uma palestra no âmbito das ações de prevenção do Programa Geração Biz.

8. NOTAS FINAIS

"Isto não é o fim. Não é sequer o princípio do fim. Mas é, talvez, o fim do princípio." (Sir WINSTON CHURCHILL, 1943).

É com esta colocação que se inicia aquilo que se está a considerar como considerações finais, não com a intenção de pôr um ponto final as reflexões que vem sendo feitas, mas de abrir espaço para o início de novas indagações e novas pesquisas.

Com o presente estudo pretendia-se compreender como são desenvolvidas as ações de prevenção do HIV do Programa Geração Biz direcionadas aos jovens dos 15-24 anos e, dessa forma buscar a compreensão da possível vulnerabilidade destes a infecção pelo HIV no distrito de Nhamatanda em Moçambique. Segundo os dados epidemiológicos de Moçambique este distrito é parte integrante das áreas onde se observam as maiores taxas de prevalência do HIV/AIDS, com uma tendência a estabilização, só que a níveis inaceitavelmente altos.

Neste distrito, os jovens dos 15-24 anos constituem um dos segmentos populacionais mais atingidos pela epidemia do HIV/AIDS com uma taxa de prevalência estimada em 30,5% no ano de 2007. Em função deste dado epidemiológico os jovens têm sido considerados um dos grupos mais vulneráveis a infecção pelo HIV, o que faz com que sejam implementadas diversas ações de prevenção voltadas para eles. Estas ações têm sido materializadas através do Programa Geração Biz, um programa multisetorial que está sendo executado neste distrito desde o ano de 2007, envolvendo três ministérios (Saúde, Educação e Juventude e Desportos).

Apesar da constatação da apregoada vulnerabilidade dos jovens a infecção pelo HIV, pode-se considerar que o início das ações de prevenção do HIV no âmbito deste programa se deu tardiamente no distrito de Nhamatanda. As atividades só iniciaram quase oito anos depois do lançamento oficial do programa no país e, 21 anos depois da descoberta do primeiro caso de AIDS em Moçambique.

A operacionalização deste programa no distrito de Nhamatanda se depara com dificuldades funcionais tendo em conta os mecanismos de financiamento do mesmo. Desde a sua criação o programa é financiado por agências e instituições internacionais, não havendo uma participação significativa por parte do Orçamento Geral do Estado moçambicano. Nos últimos anos está a verificar-se uma retirada progressiva dos financiadores internacionais, o que tem comprometido sobremaneira a operacionalização e expansão das ações de prevenção do HIV definidas pelo programa.

Tendo em conta a estrutura do programa, as ações de prevenção são desenvolvidas por três setores, da saúde, da educação e da juventude e desportos. Este arranjo institucional confere ao programa o apregoado caráter multisetorial. Contudo, se no plano teórico ou documental esta característica se faz presente, na prática verifica-se que as ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens por vezes acabam tendo um caráter setorial ou departamental.

Para os jovens na escola as ações de prevenção do HIV são operacionalizadas pelo Programa Geração Biz de base escolar tutelado pelo Ministério da Educação. Neste caso, as ações de prevenção estão voltadas para os jovens do ensino básico (8º-10º ano) e médio (11º-12º ano) que frequentam o curso diurno. Na Escola Secundária Geral de Nhamatanda as ações de prevenção do HIV são desenvolvidas pelos ativistas ou educadores pares e são materializadas fundamentalmente através de palestras dirigidas aos alunos.

As palestras ainda que tenham potencial para informar os estudantes em matérias relacionadas à prevenção do HIV, estas acabam tendo um caráter de simples transmissão de informação dos ativistas para os alunos. Ações desta natureza estão mais baseadas em concepções “bancárias” que entendem o participante dos programas de prevenção como “consumidor” de receitas e valores pré-definidos de como se comportar. Estas não permitem uma relação mais dialógica entre os intervenientes, de modo a incluir os alunos como sujeitos, considerando seus valores e contextos socioculturais (PAIVA, 2002; PAIVA et al., 2006). Conforme a recomendação desta autora é preciso transformar as “palestras” para transmissão de informação em “grupos de reflexão”, buscando fomentar a construção de processos de emancipação de pessoas e grupos (PAIVA, 2002).

Para os jovens fora da escola e para os jovens na escola, mas que frequentam as aulas no período noturno, as ações de prevenção são operacionalizadas pelo Programa Geração Biz de base comunitária, tuteladas pelo Ministério da Juventude e Desportos. No distrito de Nhamatanda quase que não se observam ações de prevenção do HIV desenvolvidas pelos ativistas ou educadores pares de base comunitária nem as ações desenvolvidas pelos centros juvenis ou associações comunitárias. Esta situação sugere que os jovens fora da escola não têm sido devidamente abrangidos pelas ações de prevenção do HIV que deveriam ser operacionalizadas por esta componente, abrindo espaços para uma maior vulnerabilidade destes a infecção pelo HIV.

A parte clínica do programa é operacionalizada através do Serviço Amigo do Adolescente e Jovem (SAAJ), tutelada pelo Ministério da Saúde. Estes serviços prestam assistência aos jovens encaminhados através da componente escolar e comunitária ou que se

dirigem aos serviços por iniciativa própria. As ações de prevenção do HIV voltadas para os jovens prestadas por esta componente circunscrevem-se aos serviços de testagem e aconselhamento em saúde.

Entretanto, a grande fragilidade destas componentes são as inconsistências e descontinuidades na prestação dos serviços de testagem e aconselhamento. Observou-se de forma recorrente o descompasso entre a disponibilidade de testes para HIV (Determine e Unigold) e a demanda pelos mesmos entre os jovens. Esta situação faz com que se privilegiem os testes para as mulheres jovens grávidas, deixando por vezes de lado as mulheres não grávidas e os homens. Para alguns autores este tipo de situação abre espaço para a vulnerabilidade à infecção pelo HIV de parte considerável de jovens, não propiciando a adoção de práticas preventivas para os que procuram por estes serviços (VILLELA e DORETO, 2006; GRANJEIRO et al., 2010).

Adicionalmente, o aconselhamento prestado nos serviços ainda está bastante impregnado de discursos moralistas e discursos baseados no modelo biomédico, que busca fundamentalmente o “paciente aderido” ao preservativo e a uma série de prescrições feitas, sem considerar o contexto sociocultural em que os jovens estão inseridos.

As fragilidades destas duas ações de prevenção do HIV ligadas a componente clínica são exacerbadas pelo fato de as mesmas ainda não se encontrarem devidamente ligadas com as ações de tratamento prestadas no distrito. A insuficiente cobertura do TARV abre espaços para que alguns jovens vivendo com HIV/AIDS e em situação de elegibilidade para o início do tratamento, não se estejam beneficiando do mesmo. Para alguns autores, o alcance de resultados mais duradouros nas ações de resposta contra a epidemia do HIV/AIDS implica a concepção de uma política de saúde que vincule e une em um só propósito a prevenção e a assistência no combate à epidemia do HIV/AIDS (DONEDA et al., 2002; GALVÃO, 2012).

O conjunto dessas situações faz com que o Programa Geração Biz ainda esteja longe de reduzir à apregoada vulnerabilidade dos adolescentes e jovens a infecção pelo HIV no distrito de Nhamatanda. Este programa ainda não tem conseguido reduzir consideravelmente as altas taxas de incidência que se verificam entre os jovens do distrito, e de Moçambique no geral.

Portanto, há uma necessidade de se repensar no modo como têm sido operacionalizadas as ações de prevenção do HIV deste programa, reelaborar os modelos pedagógicos que o norteiam e adequar os conteúdos semânticos das mensagens em função dos diferentes contextos socioculturais existentes em Moçambique.

9. ANEXOS

ANEXO 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: *Juventude e AIDS em Moçambique*: um estudo qualitativo no distrito de Nhamatanda.

Trata-se de um estudo qualitativo, que tem como objetivo geral compreender como são desenvolvidas as ações de prevenção do HIV/AIDS entre os jovens dos 15-24 anos e, dessa forma buscar a compreensão da possível vulnerabilidade destes a infecção pelo HIV no distrito de Nhamatanda.

Ao participar deste estudo você responderá a um guião de entrevistas com perguntas sobre sexualidade e HIV/AIDS. Neste estudo participarão jovens de ambos os sexos, dos 15-24 anos, que concordarem em participar da pesquisa, independente de aspectos pessoais, socioeconômicos e culturais, residentes no distrito de Nhamatanda. Os entrevistados serão previamente selecionados e entrevistados em horários e locais pré-determinados, sendo que as entrevistas serão gravadas em ambiente que garanta a privacidade dos depoimentos. Posteriormente, os depoimentos serão transcritos na íntegra, para num segundo momento realizar-se a análise dos mesmos.

Você terá acesso ao responsável da pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Francisco Armindo Zinhame Chicamisse que pode ser encontrado na Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva, pelo telefone +5511 8248 5487 e/ou na Universidade Eduardo Mondlane de Moçambique, pelo telefone nº +258 82 3048967 e, pelo e-mail: chicamisse@gmail.com.

Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre o estudo, entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571 – 1062, Fax: 5539-7162 – Email: cepunifesp@unifesp.br.

É um estudo de carácter voluntário, havendo liberdade dos sujeitos participarem ou não da investigação, isto é, a assinatura do termo do consentimento livre e esclarecido pelos participantes será voluntária, ficando assegurados os seus direitos: terão mantidos os seus nomes em sigilo, poderão interromper a sua participação em qualquer fase do estudo e conhecer os resultados da pesquisa. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes para uma melhor compreensão sobre a sexualidade dos jovens e HIV/AIDS e, que forneça subsídios para uma melhor planificação de ações de prevenção da AIDS entre os jovens em Moçambique.

Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela sua participação. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalizações.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Juventude e AIDS em Moçambique: um estudo qualitativo no distrito de Nhamatanda”.

Eu discuti com o Dr. Francisco Armindo Zinhame Chicamisse sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do/a participante /representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

Para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____/____/____

ANEXO 02



Embaixada dos Estados Unidos da América Solicitação de Propostas Plano de Emergência do Presidente dos E.U.A. para o Alívio do SIDA (PEPFAR)

Serviços de Imprensa e Cultura - Programas de Pequenos Projectos

A Embaixada dos Estados Unidos em Maputo administra um fundo para pequenos projectos que faz parte do Plano de Emergência do Presidente dos E.U.A. para o Alívio do SIDA (*President's Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR*). Este fundo destina-se a apoiar a realização de actividades de projectos comunitários com foco na prevenção da transmissão do HIV. A Embaixada dos Estados Unidos da América solicita propostas de organizações **legalmente registadas** de base comunitária, religiosas e não governamentais, incluindo instituições de comunicação social. Os interessados deverão submeter uma proposta de projecto acompanhada de um **resumo de uma página** que inclua uma breve descrição sobre: (1) principais objectivos, (2) grupo alvo, (3) actividades principais, (4) impacto do projecto, (5) valor total do financiamento solicitado e (6) nome e contacto do coordenador do projecto. As propostas podem ser submetidas em Português ou em Inglês.

A **proposta, com o máximo de 10 páginas**, deve incluir a seguinte informação: (1) objectivos, (2) uma descrição detalhada das actividades incluindo a sustentabilidade do projecto, (3) local onde terão lugar as actividades, (4) o impacto que se espera que o projecto venha a ter na área do HIV/SIDA, (5) orçamento detalhado, (6) número calculado de pessoas que serão alcançadas pelo projecto, (7) calendário para a implementação das actividades e (8) breve descrição do pessoal chave.

As propostas que não estiverem de acordo com as directrizes aqui estipuladas não serão levadas em consideração. Espera-se que o financiamento seja alocado de seguinte forma (embora a alocação final possa ser diferente):

Mensagens de prevenção - 4 financiamentos de \$12.500 cada	Actividades (incluindo formação) que destaquem a abstinência sexual pelos jovens e outras pessoas solteiras, incluindo o retardamento no início da actividade sexual, fidelidade mútua e redução de parceiros para adultos sexualmente activos; e utilização correcta e consistente do preservativo por parte daqueles cujo comportamento os coloca em risco de transmissão ou infecção do HIV.
Prevenção através do Desporto - 1 financiamento de \$50.000	Actividades destinadas à organização de um evento desportivo para envolver jovens (15-30) e simultaneamente oferecer um ambiente de promoção da consciencialização sobre o HIV/SIDA e a prevenção, e para inspirar os jovens a conhecerem a sua condição de HIV.
Prevenção através da Cultura - 2 financiamentos de \$15.000 cada	Actividades que promovam o uso correcto e constante do preservativo com ênfase para as populações de alto risco, tendo em conta a sua idade, de modo a estabelecer um excelente programa de prevenção sexual para a juventude. Estes eventos incluem o teatro, a dança, a música, os debates, as feiras de saúde, entre outros.
Rádio Comunitária - Questões de estigma - 2 financiamentos de \$25.000	Actividades que proporcionem formação aos indivíduos produtores de programas de rádio comunitária que ajudem a combater o estigma e a discriminação que rodeia o HIV/SIDA, permitindo maior compreensão cultural da grande ameaça que o HIV/AIDS representa e do esforço nacional da prevenção.
Rádio Comunitário - Questões de Abstinência, Fidelidade, e Preservativos - 4 financiamentos de \$12.500 cada	Programas de Rádio Comunitário que destaquem a abstinência sexual pelos jovens e outras pessoas solteiras, incluindo o retardamento no início da actividade sexual, fidelidade mútua e redução de parceiros para adultos sexualmente activos. A utilização correcta e consistente do preservativo por parte daqueles cujo comportamento os coloca em risco de transmissão ou infecção do HIV.

Este programa **não** financia veículos, projectos de construção, viagens internacionais, nem custos operacionais normais duma organização, tais como alugueres, salários ou electricidade. A compra de móveis ou equipamento de escritório não constitui prioridade deste programa.

Os projectos deverão ser submetidos até ao **dia 15 de Julho de 2009** à Embaixada dos Estados Unidos, sita na Avenida Kenneth Kaunda No. 193, Caixa Postal 783 Maputo, ao cuidado de: Sr. Carlos Matos, Coordenador do Programa PEPFAR - Serviços de Imprensa e Cultura - (fax: 21 49 38 57) ou ainda através do endereço electrónico: Matos.TC@state.gov. Por favor inclua **“Projectos PEPFAR - Imprensa e Cultura”** no assunto.

B
Alertamos que nenhuma informação relativa ao processo de selecção dos projectos será fornecida através do telefone. Devido ao grande número de propostas submetidas, os Serviços de Imprensa e Cultura não podem prestar informação sobre a aprovação dos projectos. Somente aquelas organizações cujo pedido de financiamento tenha sido aprovado serão contactadas.

Obrigado desde já pela sua participação.
Maputo, 15 de Junho de 2009

ANEXO 03:

Ficha de Atividades Face a Face do Ativista do Programa Geração Biz.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

MINISTÉRIO DA JUVENTUDE E DESPORTOS

Mês: 02 Ano: 2012

Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva – Geração Biz
Ficha de Atividades Face-a-Face do Ativista

Nome do Ativista: Daniela Gonçalves
 Escola: _____

Distrito/Provincia: Xhamatanga / Sofala
 Associação Juvenil/Centro Juvenil/Centro Desportivo: C. J. Xhamatanga

Actividade/Dados		Dia												Total			
Educação ou Aconselhamento (aponte o número de pessoas)	Individual	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	5		
	Por Pares (duas pessoas)		2	2	2			2	2		2				12		
	Colectivo (3 ou mais pessoas)					5					3	4			12		
	Total (a)	1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29	
Onde se foi atendido (CE = Canto na escola; CJ = Centro Juvenil, CS = Centro de Saúde; outros = pátio da escola, corredores...) (aponte o número no correspondente)	CE /CJ														0		
	CS/SAAJ						1				1				2		
	Outros	1	2	2	2	1	5		2	2	1	2	4	1	29		
	Total (b)	1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29	
Participantes Idades (aponte o número de participantes em cada educação/aconselhamento)	Feminino	10 – 14					1							1	2		
		15 – 19		1	1			1	1	1		1			8		
		20 – 24	1			1							1		4		
		≥ 25					1							1	2		
	Masculino	10 – 14					1	1	1				2		5		
		15 – 19		1	1				1	1		1			5		
		20 – 24				1	1					1			3		
		≥ 25													0		
	Total (Fem. e Masc.) (c)		1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29
	Estuda actualmente (aponte o número)	Sim	1	2	2	2	1	5		2	2	1	1	2	4	1	26
Não								1				2				3	
Total (d)		1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29	
Referência ao Centro de Saúde (aponte o número)	Sim											1			1	2	
	Não	1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	1	4		27	
	Total (e)	1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29	
Demonstração de Uso de Preservativos (aponte o número)	Sim															0	
	Não	1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29	
Total (f)		1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29	
Número de Preservativos distribuídos (quantidade)		1	2	2	2	1	5	1	2	2	1	3	2	4	1	29	
Temas Abordados (marque com X todos temas abordados)	Órgãos genit. masc. e fem. E Imagem do corpo												X				
	Relacionamentos (Família, amizade, namoro, etc)																
	Negociação: uso de contraceptivos/preservativos		X														
	Masturbação				X												
	Abstinência	X								X							
	Contracepção																
	Gravidez												X				
	Aborto		X						X								
	DTS/HIV/SIDA																
	Preservativo												X				
	Abuso sexual e violência baseada no género										X						
	Sexualidade e Direitos Sexuais				X												
	Género						X										
	Alcool e outras drogas																
	Violência																
Jovens vivendo com HIV/SIDA													X				
Sexo transaccional e Intergeracional					X												

10. REFERÊNCIAS

1. ABRAMO, H.W. Condição Juvenil no Brasil Contemporâneo. In: Abramo, H.W.; Branco, P.P.M. (org.). *Retratos da Juventude Brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. 2ª reimpressão. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo e Instituto da Cidadania, 2011.
2. ALAMI, S.; DESJEUX, D.; GARABUAU-MOUSSAOUI, I. *Os Métodos Qualitativos*. Tradução de Luís A. S. Peretti. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
3. ALMEIDA, E.; CASTRO, C.; VIEIRA, C. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*, volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
4. ALPÍZAR, L. e BERNAL, M. La Construcción Social de las Juventudes. *Ultima Década* Nº19, CIDPA Viña Del Mar, NOVIEMBRE 2003, PP. 105-123. Disponível em <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v11n19/art08.pdf>. Acesso em 10/12/2012
5. ANDRADE, X.; SILVA, T. C.. *Feminização do SIDA em Moçambique*. Maputo. WLSA, 2004.
6. ANTUNES, M.; PERES, C.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4 Supl):88-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=S0034-89102002000500013>. Acesso em 15/09/2011.
7. ARASA. *HIV/Sida & Direitos Humanos na África Austral*. Namíbia, 2009. Disponível em https://arasa.info/sites/default/files/Portuguese%20translation%202009%20Human%20Rights%20Report_0.pdf. Acesso em 09/06/2011.
8. ARAÚJO, M. G. Os Espaços Urbanos em Moçambique. *GEOUSP: Espaço e Tempo*. Nº14, pp. 165-182. São Paulo, 2003.
9. AYRES, J. R.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. C. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, Dina e Freitas, Carlos Machado (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2ª ed.rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.
10. AYRES, J. R.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999.p.49-72.
11. AYRES, J.R. Vídeo VulnerbiliAIDS e VulnerADOLESCENTES. In: *Interface. Comunic, Saúde, Educ* 3, 1998.
12. AYRES, J.R.; FREITAS, A.C.; SANTOS, M.A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; SALETTI FILHO, H. C. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.113-28, 2003. Disponível em <http://www.interface.org.br/revista12/artigo4.pdf>. Acesso em 09/06/2011.

13. AYRES, J.R; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2012.
14. BARBOSA, R.; LAGO, T. AIDS e Direitos Reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker, R. *Políticas e Instituições em AIDS*. Jorge Zahar Editor/ABIA. Rio de Janeiro, 1997.
15. BELEI, R; GIMENIZ-PASCHOAL, S.; NASCIMENTO, S.; MATSUMOTO, P. O Uso da Entrevista, Observação e Videogravação em Pesquisa Qualitativa. *Cadernos de Educação*. FaE/PPGE/UFPel | Pelotas [30]: 187 - 199, janeiro/junho 2008. Disponível em: Acesso em <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1770/1645>. Acesso em 12/10/2011.
16. BENAVENTE, J; KARLSEN, A.; MATINE, J.; STROM, N. *External Evaluation Report. Programa Geração BIZ Mozambique: progress and challenges*. Norad Collected Reviews. Maputo, Outubro de 2007.
17. BERER, M. Condom, Sim! “Abstinência”, Não. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Ano 2, Número 2 de Julho de 2007. Disponível em http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm2/revista2/saudereprodutiva2.pdf. Acesso em 09/06/2011.
18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*. Brasília, 2006.
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Metodologia de Educação entre Pares: adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e Prevenção nas Escolas*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Departamento de DST, AIDS e Hepatite Virais, 2010.
20. BRITO, A. M.; DE CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 34(2): 207-217, mar-abr, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso 12/10/2011.
21. CÁCERES, C. Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1468-1485, nov-dez, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/04.pdf>. Acesso em 12/10/2011.
22. CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, v.12, n.25, p.363-76, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a11v1225.pdf>>. Acesso em 10/11/2011.
23. CARDOSO, I.M. *O Papel de um Empreendimento Privado Agrícola no Reassentamento de População Deslocada de Guerra: o caso de Chibonzane em Moçambique*. Dissertação de Mestrado para Obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento e Cooperação Internacional pela Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em

<<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1293/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20In%C3%AAs%20Cardoso%20FINAL.pdf>. Acesso em 12/10/2012.

24. CHICAMISSE, F. Agricultura Urbana no Setor Familiar Associativo do Distrito Urbano N° 5 na cidade de Maputo. In: ARAÚJO, M. *Cidade de Maputo: algumas características geo-espaciais*. Centro de Estudos de População, Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane, 2006.

25. CHICHAVA, J.A.C. *As vantagens e desvantagens competitivas de Moçambique na integração económica regional*. (s/d). Disponível em <<http://www.aelp-brasil.com.br/As%20Vantagens%20e%20Desvantagens%20de%20Mocambique%20na%20IR%20da%20SADC.pdf>>. Acesso em 12/04/2009.

26. CHURCHIL, W. *The end of the beginning: war speeches*. Charles Eade - Little, Brown and Company, 1943.

27. CNCS. *Plano Estratégico Nacional de Reposta ao HIV e SIDA 2010 – 2014*. Maputo, 2010.

28. CNCS. *Relatório de Avaliação Conjunta Anual da Resposta Nacional ao HIV e SIDA 2011*. Maputo, 2012.

29. CNTA. (2010). *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente e Grávida 2009/2010*. MISAU, Maputo.

30. CONSELHO DE MINISTROS. *Estratégia de Desenvolvimento integral da Juventude*. Moçambique, 2006.

31. CRESWELL, J.W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

32. DINIZ, S.; VILLELA, W. Interfaces entre programas de DST/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. *Saúde Desenvolvimento e Política: respostas frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo. Editora 34, 1999.

33. DONEDA, D.; BRITO, I.; GANDOLFI, D. Interfaces entre a prevenção e a assistência às DST e AIDS na perspectiva do Sistema Único de Saúde: avaliação e crítica das ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de DST e Aids. Richard Parker, Veriano Terto Júnior [Org.] – *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do seminário: prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década* / Rio de Janeiro: ABIA, 2002. Disponível em <http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20prevencao%20a%20aids.pdf>. Acesso em 20/10/2011.

34. ESTEVES, L.C.G. e ABRAMOVAY, M. Juventude, juventudes: pelos outros e por elas mesmas. *VI Congresso Português de Sociologia*. Número de Série 254, 2008.

35. FDC. *Índice da Sociedade Civil em Moçambique 2007*. Maputo, 2008.

36. FERNANDES, J. *República [Popular] de Moçambique. As Alterações Toponímicas e os Carimbos do Correio*. Editor: Edições Húmus Lda, 2006.
37. FNUAP. *Resumos Globais de Orientação: intervenções para Jovens no Âmbito do HIV*. United Nations Population Fund, HIV/AIDS Branch. New York. USA, 2008.
38. FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso. *Revista Brasileira de Educação*. Jan/Fev/Mar/Abr 1999 Nº 10. Disponível em http://poars1982.files.wordpress.com/2008/03/rbde10_06_claudia_fonseca.pdf. Acesso em 12/09/2012.
39. FONSECA, E.; NUNN, A.; SOUZA-JÚNIOR, P.; BASTOS, F.; RIBEIRO, J. Descentralização, AIDS e Redução de Danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9):2134-2144, set, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000900021&script=text>. Acesso em 10/01/2013.
40. FONTANELLA, B.; RICAS, J.; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em 12/09/2012.
41. FONTES, M.B. Interfaces entre as Políticas Internacionais e Nacionais de AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo. Editora 34, 1999.
42. FRANCISCO, A. Reestruturação Económica e Desenvolvimento. In: SANTOS, B. e TRINDADE, J. (org.). *“Conflito e Transformação Social: uma paisagem das justiças em Moçambique”*. 1º Volume. Edições Afrontamento, 2003.
43. FRANCISCO, A. Sociedade Civil em Moçambique: Expetativas e Desafios. In: BRITO, L. et al. *Desafios para Moçambique 2010*. Maputo. IESE, 2009.
44. FRELIMO. *Diretivas Económicas e Sociais*. Coleção 4º Congresso. Maputo, 1983.
45. FRELIMO. *Programa e Estatutos*. Documentos do 3º Congresso da FRELIMO. Maputo, 1977.
46. FRELIMO. *Relatório do Comité Central ao 3º Congresso*. Documentos do 3º Congresso da FRELIMO. Maputo. 1977.
47. GALVÃO, J. As Respostas das Organizações Não-Governamentais Brasileiras Frente à Epidemia de HIV/AIDS. In: Parker, R. *Políticas e Instituições em AIDS*. Jorge Zahar Editor/ABIA. Rio de Janeiro, 1997.
48. GALVÃO, J. O Legado de Betinho: Solidariedade, Direitos Humanos e HIV. In: ABIA. *30 Anos de AIDS: a história social de uma epidemia e a resposta brasileira*. Rio de Janeiro, 8-9 de Agosto de 2012. Disponível em http://www.abiaids.org.br/_img/media/Jane%20Galvao%20algumas%20palavras%20seminario%20ABIA%20Agosto%202012.pdf. Acesso em 20/02/2013

49. GASPAR, M.; COSSA, H.A.; SANTOS, C.R., MANJATE, R.M.; SCHOEMAKER, J.. *Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde*, 1997. Calverton, Maryland, USA: Instituto Nacional de Estatística e Macro International Inc, 1998.
50. GDN. *Plano Económico e Social e Orçamento do Estado do Distrito de Nhamatanda*. Nhamatanda, 2011.
51. GILIO, A.P.; FREITAS, G. Um olhar sobre a realidade de Moçambique: a enfermagem e a saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 98-102. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/15.pdf>>. Acesso em 12/10/2012.
52. GONZÁLEZ, L. Orientaciones de Lectura sobre Vulnerabilidad Social. In González, L et al. *Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social*; Córdoba, Centro de Estudios Avanzados (U.N.C.) – CONICET. 2009. Disponível em <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Argentina/cea-unc/20100825121333/Lecturasvulnerabilidad.pdf>. Acesso em 12/04/2012.
53. GOVERNO DA PROVÍNCIA DE SOFALA. *Balanço do Plano Económico e Social de 2010*. Sofala, 2011.
54. GOVERNO DA PROVÍNCIA DE SOFALA. *Plano Estratégico de Desenvolvimento de Sofala 2010-2020*. Sofala, 2010.
55. GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.; DE CASTILHO, E. A Epidemia da AIDS no Brasil e as Desigualdades Regionais e de Oferta de Serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2355-2367, dez, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200014&script=sci_arttext. Acesso em 10/10/2013.
56. GTM. *Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV - RONDA* 2007. Maputo, 2008.
57. GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.31, n.3, p.410-22, dez. 1997. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/388.pdf>>. Acesso em 12/10/2011.
58. HERRERA, C.; CAMPERO, L. La Vulnerabilidad e Invisibilidad de las Mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México* / vol.44, no.6, noviembre-diciembre de 2002. Disponível em <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10644608>>. Acesso em 12/10/2011.
59. INE e MISAU. *Inquérito Demográfico e de Saúde* 2003. Maputo, 2004.
60. INE. *3º Censo Geral da População e Habitação de 2007*. Maputo, 2009. Disponível em <www.ine.gov.mz>. Acesso em 04/04/2011.
61. INE. *Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens e Adolescentes (INJAD)*. Maputo, 2001.
62. INE. *Resultados do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) 2008*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2009.

63. JACKSON, H. *Sida em África: continente em crise*. SAFAIDS e SAT, PO Box 390, Kopje, Harare, Zimbábwe, 2004.
64. KULA. *Práticas Culturais e Comunitárias de Promoção e Saúde Sexual e Reprodutiva em Três Províncias de Moçambique* (Nampula, Sofala e Inhambane). UNESCO, Maputo, 2010.
65. LOFORTE, A.M. *Noções de Sexualidade: respondendo às necessidades dos jovens em matéria de saúde sexual e reprodutiva*. WLSA. Maputo, 2007a.
66. LOFORTE, A.M. Inequidades e Valores em Saúde Reprodutiva: vulnerabilidade das mulheres num contexto de feminização do SIDA. In DEGREGORI, M.C.A.; REGUILLO, E.L.; DIGIACOMO, S. (coord). *Mulher, Sida e o Acesso à Saúde na África Subsaariana, sob a Perspectiva das Ciências Sociais*. Medicus Mundi Catalunya. Barcelona, 2007b.
67. LEÓN, O. D. Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*. CIDPA. N°21, Dic, 2004.
68. MACAMO, E. Da Disciplinarização de Moçambique: ajustamento estrutural e as estratégias neo-liberais de risco. *AFRICANA STUDIA*. N°6. Edição da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2003. Disponível em http://www.africanos.eu/ceaup/uploads/AS06_231.pdf. Acesso em 12/10/2012.
69. MALINOWSKI, B. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. In: *Ethnologia*, n.s, n°6-8, 1997, pp 17-37. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/33086118/MALINOWSKI-Bronislaw-Os-Argonautas-do-Pacifico-Occidental>. Acesso em 15/07/2011.
70. MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. (orgs.). *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.
71. MARANDOLA Jr., E.; HOGAN, D.J. Vulnerabilidade do lugar vs. vulnerabilidade sócio-demográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 161-181, jul./dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n2/02.pdf>. Acesso em 10/12/2011.
72. MARQUES, R.C.C. *A História de Uma Epidemia Moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil*. São Carlos: RiMa, 2003; Maringá: Eduem, 2003.
73. MARTINS, H. *Alguns Elementos para a História da Saúde Pública em Moçambique*. Resumo da apresentação audiovisual feita pelo Prof. Helder Martins. Maputo, 2011.
74. MATSINHE, C. *Tábula Rasa: dinâmica da resposta moçambicana ao HIV/SIDA*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2005.
75. MATSINHE, C. Acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique: Uma análise sobre a cultura organizacional e os obstáculos institucionais. In: DEGREGORI, M.C.A.; REGUILLO, E.L.; DIGIACOMO, S. (coord). *Mulher, Sida e o*

Acesso à Saúde na África Subsaariana, sob a Perspectiva das Ciências Sociais. Medicus Mundi Catalunya. Barcelona, 2007.

76. MAZULA, B. *Educação, Cultura e Ideologia em Moçambique, 1975-1985*: em busca de fundamentos filosófico-antropológicos. Lisboa: Afrontamento, 1995.

77. MENESES, M. P. Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. *Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social*. SANTOS, B.; CRUZ E SILVA, T (org). Centro de Formação Jurídica e Judiciária. Maputo, 2004.

78. MINAG. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento do Sector Agrário 2010-2019*. Maputo, 2010.

79. MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (3). 239-262, jul/sep, 1993. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em 12/10/2011.

80. MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento*: pesquisa qualitativa em Saúde. 12ª Edição. Editora Hucitec. São Paulo, 2010.

81. MISAU e INE. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique*: Atualização de 2000. Maputo, 2002.

82. MISAU e INE. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009)*. MISAU. Maputo, 2010.

83. MISAU. *Estratégia de Envolvimento Comunitário*. Direção Nacional da Saúde. Maputo, 2004d.

84. MISAU. *Estudo de Satisfação dos Clientes dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens no âmbito do Programa Geração BIZ*. Maputo, 2004b.

85. MISAU. *Levantamento da Situação das Brigadas Móveis*. Maputo, 2004c.

86. MISAU. *Plano Económico Social de 2010*: Sector da Saúde. Ministério da Saúde. Maputo, 2009.

87. MISAU. *Plano Económico Social de 2011*: Sector da Saúde. Ministério da Saúde. Maputo. 2010

88. MISAU. *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012*. MISAU. Maputo, 2007.

89. MISAU. *Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA – Sector da Saúde 2004-2008*. Maputo. Moçambique, 2004a.

90. MISAU. *Relatório Anual do MISAU*. PNC ITS/HIV/SIDA. Maputo, 2005.

91. MISAU. *Relatório Anual do MISAU*. PNC ITS/HIV/SIDA. Maputo, 2006.

92. MISAU. *Relatório do Encontro para Divulgação Dos dados das Taxas de Prevalência do HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo, 2001.
93. MOREIRA, L.; CASQUEIRO, J.; JESUÍNO, F.; ADAN, L. Recém Nascido de Baixo Peso: Percentual de Prematuridade e de Restrição de Crescimento Ultra-Uterino em Duas Maternidades de Salvador. Maternidade Climério de Oliveira e Hospital Santo Amaro. *Gaz. méd. Bahia* 2007;77:(Suplemento 1):S93-S97. Disponível em <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/294/284>>. Acesso em 12/10/2012.
94. MUNGOI, C. *Desenvolvimento Regional no Vale do Zambeze: Moçambique em perspectivas*. Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Faculdade de Ciências Económicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Desenvolvimento Rural. 2008. Disponível em < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15649/000688350.pdf?sequence=1>. Acesso em 12/10/2011.
95. MUÑOZ SÁNCHEZ, A.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):319-324, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>. Acesso em 12/10/2011.
96. NDC HIV/SIDA. *Relatório Distrital das Atividades do Núcleo Distrital de Combate ao HIV/AIDS 2012*. Núcleo Distrital de Combate ao HIV/SIDA. Nhamatanda, 2012.
97. NEWITT, M. *A History of Mozambique*. Londres: Hurst & Company, 1995.
98. NEVES, M.C.P. Sentidos da *Vulnerabilidade*: características, condição e princípio. In: Barchifontaine, Christian de Paul de e Zoboli, Elma (org.). *Bioética, Vulnerabilidade e Saúde*. Aparecida, SP: Ideias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.
99. NHANCALE, C.C. *Uma Análise ao Processo Participativo no Estabelecimento e Governação dos Recursos Naturais no Parque Nacional do Limpopo*. Maputo, Cruzeiro do Sul, s/d.
100. ONUSIDA. (2010). *Informe mundial: Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Disponível em <www.unaids.org>. Acesso em 10/05/2011.
101. ONUSIDA. (2011). *Informe da ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Disponível em <www.unaids.org>. Acesso em 12/10/2012.
102. OPS, UNICEF e ONUSIDA. (2009). *Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009*. Noviembre de 2009. Disponível em <www.unaids.org>. Acesso em 10/05/2011.
103. OSÓRIO, C. Algumas Reflexões sobre a abordagem de género nas políticas públicas sobre HIV/SIDA. *Outras Vozes*. Nº 6. Maputo, 2004.

- 104.** PAIS, J.M. A Construção Sociológica da Juventude – Alguns Contributos. *Análise Social*, vol. XXV (105-106), 1990 (1.º, 2.º), 139-165. Disponível em <<http://www.ics.ul.pt/rdonweb-docs/Jos%C3%A9%20Machado%20Pais%20-%20Publica%C3%A7%C3%B5es%201990,%20n%C2%BA2.pdf>>. Acesso em 20/10/2011.
- 105.** PAIVA, V. Sem Mágicas Soluções: A Prevenção ao HIV e à AIDS como processo de “Emancipação Psicossocial”. In Richard Parker, Veriano Terto Júnior [Org.] – *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do seminário: prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década* / Rio de Janeiro: ABIA, 2002. Disponível em <http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20prevencao%20a%20aids.pdf>. Acesso em 20/10/2011.
- 106.** PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e Adolescentes em tempos de AIDS. Reflexões sobre uma Década de Trabalho de Prevenção. *Psicol. USP* vol.13 no.1 São Paulo 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100004>. Acesso em 03/02/2012.
- 107.** PAIVA, V.; PUPO, L.; BARBOZA, R. O Direito a Prevenção e os Desafios da Redução da Vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Supl):109-119. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800015. Acesso em 03/02/2012.
- 108.** PAIVA, V.; SANTOS, A. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e os Desafios da Prevenção em Comunidades Anfitriãs do Turismo. Artigo enviado para apresentação no *X Encontro Nacional de Turismo com Base Local. GT – Impactos ambientais, sociais e culturais do turismo*. UFPB, João Pessoa, 5 a 9 de junho de 2007. Disponível em http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/?page_id=2719&lang=en. Acesso em 03/02/2012.
- 109.** PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. *Saúde Desenvolvimento e Política: respostas frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo. Editora 34, 1999
- 110.** PASSADOR, L.H.; THOMAZ, O.R. Raça, sexualidade e doença em Moçambique. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 14(1): 263-286, janeiro-abril/2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v14n1/a14v14n1.pdf>>. Acesso em 06/06/2011.
- 111.** PASSADOR, Luiz Henrique. *Guerrear, casar, pacificar, curar: o universo “tradição” e a experiência com o HIV/AIDS no distrito de Homóine, Sul de Moçambique*. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP: [s. n.], 2011.
- 112.** PEIRANO, M.G.S. *A favor da Etnografia*. Série Antropologia. Brasília, 1992. Disponível em <http://naui.ufsc.br/files/2010/09/Peirano_a-favor-da-etnografia.pdf>. Acesso em 20/09/2011.
- 113.** PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R.; A Prevenção do Desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad* - Revista Latinoamericana. ISSN 1984-6487 / n.1 – 2009. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29>>. Acesso em 20/10/2011,

- 114.** PINHO, P.; PEREIRA, P.P.G. Itinerários Terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. V.16, n.41. p.435-47, abr./jun. 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2612.pdf>>. Acesso em 10/10/2012.
- 115.** PEREIRA, P.P.G. *Variações em Torno da Água*. São Paulo, s/d.
- 116.** PEREIRA, P.P.G. *O Terror e a Dádiva*. Goiânia: Editora Vieira/Cânone Editorial; 2004.
- 117.** PROGRAMA DE NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório de Desenvolvimento Humano de Moçambique: Desafios e Oportunidades a Resposta ao HIV/SIDA*. Centro de Documentação e Pesquisa para África Austral (SARDC), Moçambique, 2007.
- 118.** PROGRAMA GERAÇÃO BIZ. *Crescer sem medo: o programa geração Biz*. Maputo, s/d.
- 119.** PROGRAMA GERAÇÃO BIZ. *Manual do Ativista*. Maputo, 2004.
- 120.** PROGRAMA GERAÇÃO BIZ. *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens: relatório resumido de progresso 2006*. Maputo, 2007.
- 121.** PROGRAMA GERAÇÃO BIZ. *Balanço das Atividades do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens 1º Semestre de 2012*. Direção Provincial de Educação de Sofala. Beira, 2012a.
- 122.** PROGRAMA GERAÇÃO BIZ. *Balanço Programa Geração Biz 2011*. Maputo, 2012b.
- 123.** QUARANTANA, GIOVANNI. *Agricultura de Sequeiro*. Land Care in Desertification Affected Areas, (s/d).
- 124.** SALDANHA, A.L.; CARVALHO, E.; DINIZ, R.F.; FREITAS, E.S.; FELIX, S.M.; SILVA, E.M. Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: Um estudo descrito com perspectiva de práticas de prevenção. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2008. Disponível em <<http://www.dst.uff.br/revista20-1-2008/6.pdf>>. Acesso em 12/10/2001.
- 125.** SAMAIN, E. “Ver” e “Dizer” na tradição etnográfica: Bronislaw Malinowski e a Fotografia. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 23-60, jul./set. 1995. Disponível em <http://www.ufrgs.br/ppgas/ha/pdf/n2/HA-v1n2a04.pdf>. Acesso em 10/01/2013.
- 126.** SATO, L.. Olhar, ser olhado e olhar-se: notas sobre o uso da fotografia na pesquisa em psicologia social do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2009, vol. 12, n. 2, pp. 217-225. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25751>. Acesso em 10/01/2013.
- 127.** SAVE THE CHILDREN e FAO. *Direitos das Crianças e Mulheres à Propriedade e Herança em Moçambique: elementos para uma estratégia de intervenção eficaz*. Maputo, Moçambique, 2009.

- 128.** SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. 29. (1) 63-74, 1995. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n1/10.pdf>. Acesso em 17/09/2011.
- 129.** SCHWALBACH, J. WARD, P.; MUQUINGUE, H.; LINDELOW, M. *A Despesa Pública e a Prestação de Serviços na Saúde em Moçambique: Uma Síntese*. MISAU e MPF. Maputo, 2004.
- 130.** SDSMAS. *Relatório Anual do Desempenho do Sector de Saúde, Mulher e Ação Social de 2011*. Governo do Distrito de Nhamatanda. Nhamatanda, 2011.
- 131.** SEFFNER, F. Prevenção à AIDS: uma ação político pedagógica. In Richard Parker, Veriano Terto Júnior [Org.] – *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do seminário: prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década* / Rio de Janeiro: ABIA, 2002. Disponível em http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20prevencao%20a%20aids.pdf. Acesso em 20/10/2011.
- 132.** SERRA, C. (coord.). *História de Moçambique*. Volume 01. Maputo: Livraria Universitária, 2000.
- 133.** SILVA, D; JOSEPH, D; GUNE, E; MUSSÁ, F; WHEELER, J; BENEDETTI, M; CHISSANO, M. *Estudo sobre vulnerabilidade e risco de infecção pelo HIV entre os Homens que fazem sexo com Homens na Cidade de Maputo*. Lambda; PSI; Pathfinder International; UNFPA. Maputo, Maio de 2010.
- 134.** SITO, T. *Agricultura Familiar em Moçambique: que modelos e estratégias de desenvolvimento sustentável*. Ministério da Agricultura. Maputo, 2005.
- 135.** SPOSITO, M.P. Algumas Reflexões e Muitas Indagações sobre as Relações entre Juventude e Escola no Brasil. In: Abramo, H.W.; Branco, P.P.M. (org.). *Retratos da Juventude Brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. 2ª reimpressão. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo e Instituto da Cidadania, 2011.
- 136.** SUBUHANA, C. Estudantes Moçambicanos no Rio de Janeiro, Brasil: sociabilidade e redes sociais. *Imaginário - USP*, 2007, vol. 13, Nº 14, 321-355.
- 137.** TOMAZ-MOREIRA, S.; FAGUNDES-GALVÃO, L.; MEDEIROS-MELO, C; DE AZEVEDO, G. *Fundamentación del Abordage Cualitativo para la Investigación en Salud Sexual y Reproductiva*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia. Vol. 58 Nº1. 28-37, 2007. Disponível em http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol58No1_Enero_Marzo2007/v58n1a05.pdf. Acesso em 10/12/2011.
- 138.** TEIXEIRA, P.R. Políticas Públicas em AIDS. In: Parker, R. *Políticas e Instituições em AIDS*. Jorge Zahar Editor/ABIA. Rio de Janeiro, 1997.
- 139.** TERTO Jr., V. A AIDS e o local de trabalho no Brasil. In: Parker, R. *Políticas e Instituições em AIDS*. Jorge Zahar Editor/ABIA. Rio de Janeiro, 1997.

- 140.** TURATO, E. R.. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, diferenças e objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em 12/10/2011.
- 141.** UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic*. UN. New York, 2010. Disponível em <www.unaids.org>. Acesso em 20/06/2011.
- 142.** UNAIDS. *Report on the global AIDS epidemic*. UN. New York, 2011. Disponível em <www.unaids.org>. Acesso em 12/10/2012.
- 143.** UNDP. *Mozambique Development Co-operation 1992-1993 Report*. UNDP, 1995.
- 144.** UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2005: la promesa de igualdad, equidade de gênero, salud reproductiva y objetivos de desarrollo del Milenio*. UNFPA. New York, Estados Unidos da America, 2005.
- 145.** UNFPA. *Programa de Assistência 2007-2010. Avaliação Final*. Programa das Nações Unidas para as Atividades da População. Maputo, 2010.
- 146.** UNFPA e SAVE THE CHILDREN. *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios*. 2009. Disponível em <www.unaids.org>. Acesso em 12/11/2011.
- 147.** VILLELA, W.V.; BARDEN-MAARDEN, R. Avaliação de projetos da sociedade civil em países com alta prevalência do HIV: uma discussão metodológica. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.184-192, jul.-dez., 2007. Disponível em <www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/.../82>. Acesso em 10/06/2011.
- 148.** VILLELA, W.V.; DORETTO, D.T. Sobre a Experiência Sexual dos Jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2467-2472, nov, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/21.pdf>. Acesso em 05/10/2011.
- 149.** VILLELA, W.V.; VELOSO, J. C. Participação da Sociedade Civil no Seguimento das Ações frente à AIDS no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40(Supl):88-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/12.pdf>.
- 150.** VILLELA, W. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. In PARKER. R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. *Saúde Desenvolvimento e Política: respostas frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo. Editora 34, 1999.