



PESQUISA ETNOGRÁFICA

PRÁTICAS CULTURAIS E COMUNITÁRIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM 3 PROVÍNCIAS DE MOÇAMBIQUE (NAMPULA, SOFALA, INHAMBANE)

MAPUTO, AGOSTO DE 2010

FICHA TÉCNICA

Título: *Práticas culturais e comunitárias de promoção de saúde sexual e reprodutiva*

Conceito: Zulmira Rodrigues

Autores: KULA, estudos & pesquisas aplicadas Lda.

Aconselhamento técnico: Iraê Lundin

Edição: Zulmira Rodrigues e Iraê Lundin

Supervisão: Zulmira Rodrigues

Coordenação: Linda Manjate

Financiamento: UNESCO, MDG-F, UBM & Mozambique DaO

© 2010 UNESCO Maputo

4031, Av. da Marginal, PO BOX 1397 – Maputo – Moçambique

maputo@unesco.org

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida sob qualquer forma ou por qualquer meio, sem autorização por escrito da UNESCO.

As denominações empregues nas publicações da UNESCO, estão em conformidade com práticas das Nações Unidas e a apresentação do material inserido não implica qualquer juízo por parte da UNESCO, sobre o estatuto jurídico de países, áreas ou territórios ou sobre as suas autoridades ou sobre a delimitação das suas fronteiras

A responsabilidade pelas opiniões expressas é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e a publicação não constitui um endosso pela UNESCO das opiniões nela expressas. A referência a empresas e a produtos comerciais não implica o endosso pela UNESCO, e qualquer omissão na menção duma firma particular, produto comercial ou processo, não é um sinal de desaprovação

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
GLOSSÁRIO	5
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	6
I. INTRODUÇÃO	9
II. OBJECTIVOS.....	10
II.1 OBJECTIVO GERAL.....	10
II.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	10
II. METODOLOGIA.....	11
III.1 ABORDAGEM E MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS	11
III. 2 PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS: CATEGORIAS E LOCAIS ABRANGIDOS.....	11
IV. PERFIS DOS DISTRITOS ABRANGIDOS PELA PESQUISA	12
IV.1 DISTRITO DE RIBÁUÊ	12
IV.2 DISTRITO DE MOSSURIL	15
IV.3 DISTRITO DE NHAMATANDA.....	17
IV.4 DISTRITO DE ZAVALA	19
V. PRINCIPAIS RESULTADOS	21
5.1 CARACTERÍSTICAS RELATIVAS A EDUCAÇÃO SOBRE SSR EM RIBÁUÊ E MOSSURIL.....	21
5.2 CARACTERÍSTICAS RELATIVAS A EDUCAÇÃO SOBRE SSR EM NHAMATANDA	37
5.3 CARACTERÍSTICAS RELATIVAS A EDUCAÇÃO SOBRE SSR EM ZAVALA.....	47
VI. ANÁLISE CONJUNTA DOS RESULTADOS.....	60
VI.1 SEMELHANÇAS	60
VI.2 DIFERENÇAS	62
VI.3 RELAÇÕES ENTRE AS ESFERAS EDUCATIVAS: COMUNIDADE, ESCOLA E UNIDADE SANITÁRIA	63
VII. CONCLUSÕES.....	65
VIII. RECOMENDAÇÕES	67
VIII. REFERÊNCIAS	69

ABREVIATURAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
ARO	ALTO RISCO-OBSTÉTRICO
CPN	CONSULTAS PRÉ-NATAIS
EPC	ESCOLA PRIMÁRIA COMPLETA
ESH	ESCOLA SEM HIV
FDC	FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE
FNUAP	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO
GDF	GRUPO DE DISCUSSÃO FOCAL
HAI	HEALTH ALLIANCE INTERNATIONAL
HIV	VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
IEC	INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ITS	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
MIF	MULHER EM IDADE FÉRTIL
PF	PLANEAMENTO FAMILIAR
PGB	PROGRAMA GERAÇÃO BIZ
PTV	PROGRAMA DE TRANSMISSÃO VERTICAL
SAAJ	SERVIÇOS AMIGOS DE ADOLESCENTES E JOVENS
SDEJT	SERVIÇOS DISTRITAIS DE EDUCAÇÃO, JUVENTUDE E TECNOLOGIA
SDSMAS	SERVIÇOS DISTRITAIS DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL
SIDA	SINDROMA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
SMI	SAÚDE MATERNO INFANTIL
SSR	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
TARV	TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL
UNESCO	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA
ZIP	ZONA DE INFLUÊNCIA PEDAGÓGICA

GLOSSÁRIO

TERMO	SIGNIFICADO	LÍNGUA/LOCAL
NAKAPA	Panos que a mulher usa durante o período menstrual	Macua/Ribáuè
KUNHUNHO	Hérnia	Macua/Ribáuè
HULAS	Donzelas, raparigas que iniciam o período menstrual	Macua/Ribáuè
HOLAKA	Aconselhamento para as raparigas	Macua/Ribáuè
IPITXI	Substância que se usa para reduzir o orifício vaginal	Macua/Ribáuè
MAVUKA	Doença que afecta o bebé e manifesta-se pelo emagrecimento e choros	Macua/Ribáuè
NKULUCANA	Ervanário	Macua/Mossuril
HEKOMA	Aconselhamentos para a rapariga	Macua/Mossuril
MATHUNA/MATINDJE	Alongamento dos pequenos lábios vaginais	Sena/Nhamatanda
PITAKUFA/PITAMADJUAE	Cerimónia realizada numa mulher viúva e uma mulher que acaba de praticar o aborto, é um acto de purificação.	Sena/Nhamatanda
TXIUMBA	Doença que uma mulher pode desenvolver durante a gravidez. Esta doença desenvolve-se no órgão genital da mulher	Chopi/Zavala
XITHETHO	Tipo de esterilidade na mulher	Chopi/Zavala

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente relatório apresenta os resultados da pesquisa etnográfica realizada nos distritos de Ribáuè, Mossuril, Nhamatanda e Zavala sobre as práticas culturais e comunitárias de promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva. A pesquisa adoptou uma abordagem etnográfica e qualitativa centrada na abordagem sociocultural. A recolha de dados foi feita através da realização de entrevistas individuais, grupos de discussão focal e observação directa estruturada, abarcando as províncias de Nampula, Sofala e Inhambane.

As constatações gerais da pesquisa apontam para os seguintes aspectos:

- Em todos os sites pesquisados, são transmitidos ensinamentos sobre SSR ao nível da comunidade, escola e unidade sanitária, embora o processo de transmissão seja diferenciado. Na comunidade a transmissão dos ensinamentos é realizada de forma “tradicional” com recurso a tabus, mensagens de permissão e proibição, enquanto na escola e nas unidades sanitárias estes ensinamentos são transmitidos de forma “moderna”, com recurso aos meios audiovisuais, materiais de IEC entre outros.
- Ao nível da comunidade os ensinamentos sobre SSR são transmitidos com base numa diferenciação desigualitária de género, significando que existem ensinamentos somente para homens e ensinamentos específicos para mulheres.
- Na comunidade são transmitidos ensinamentos às raparigas sobre os cuidados com o ciclo menstrual, cuidados durante a gravidez, cuidados após o parto, em caso de aborto e sobre o papel que se espera do homem e mulher. Nesta esfera educativa também se ensinam estratégias para assegurar a estabilidade conjugal, com ênfase para a “necessidade” de proporcionar prazer ao homem através do recurso à várias técnicas corporais, tais como os alongamentos vaginais, o uso de missangas nas ancas e movimentos durante o acto sexual.
- Aos rapazes, os ensinamentos transmitidos na comunidade cingem-se sobre o respeito aos mais velhos, a virilidade e a responsabilidade que devem assumir em função do seu papel social.
- Em Ribáuè e em Mossuril particularmente, o processo de educação dos rapazes ocorre através dos ritos de iniciação durante um período relativamente mais longo que pode durar até um mês e durante este período os rapazes ficam num local relativamente distante das suas residências.
- Em Nhamatanda a passagem da adolescência para a “maioridade cultural” não tem momentos nem actos específicos existindo práticas que variam de família para família que contudo não podem ser consideradas como um padrão cultural seguido por toda a comunidade.
- Em Zavala o momento educativo dos rapazes que marca a passagem da adolescência para a “maioridade cultural” caracteriza-se por diversas práticas dentre elas a construção

de casa própria por parte do jovem como sinal de prontidão para a vida adulta, que inclui ter uma mulher. Esta prática embora se possa verificar em várias famílias não se constitui como um padrão cultural seguido por toda a comunidade.

- Os ensinamentos são transmitidos através dos ritos de iniciação, aconselhamentos e recomendações. O ciclo educativo para as raparigas inicia com a aparição da primeira menstruação e para os rapazes é variável, antes dos vinte anos de idade, mas sempre culmina com a realização da circuncisão.

Na comunidade os principais intervenientes na educação sobre a SSR são padrinhos, madrinhas, matronas, praticantes de medicina tradicional, pais, mães, avós e tios paternos, chefes tradicionais e líderes religiosos. Embora em alguns casos (Nhamatanda e Zavala) se faça sentir a presença dos pais no processo educativo efectivamente o seu papel é menos significativo se comparado ao dos outros intervenientes anteriormente referidos.

- Em Nhamatanda e Zavala (sociedades patrilineares) na comunidade os avós, tios e tias paternos são os pilares de transmissão desses conhecimentos para os rapazes enquanto para as raparigas as responsabilidades pela educação recaem para tias e avós patrilaterais. Em Nampula (sociedade matrilinear) a educação das raparigas é delegada às madrinhas e matronas diferentemente do observado em Nhamatanda e Zavala.
- Os padrinhos e madrinhas têm o papel de educar e aconselhar os rapazes e raparigas sobre a responsabilidade que o novo estatuto social que se inicia com os ritos de iniciação impõe. As matronas e praticantes de medicina tradicional têm a responsabilidade de executar os ritos de iniciação. Os tios, avós, líderes religiosos e chefes tradicionais desempenham o papel de conselheiros. A relação entre a comunidade, a escola e a unidade sanitária é fraca e caracterizada por um vazio comunicacional, traduzido em fraco aproveitamento de oportunidades de interacção.
- Os serviços de saúde disponíveis na comunidade são a educação e promoção de saúde via cantos de aconselhamento, praticantes de medicina tradicional, aconselhamentos por ACS's e activistas de SSR.
- O aconselhamento transmitido entre jovens na comunidade incide mais sobre os técnicas de sedução tanto para homens como para mulheres, promoção do uso do preservativo, e debates sobre o perfil do homem e mulher ideal para a vida conjugal.
- O reforço dos programas de promoção da SSR na comunidade deve capitalizar a existência dos intervenientes-chave responsáveis pela educação sobre SSR. Através destes enquanto responsáveis principais pela socialização em relação aos assuntos da sexualidade será possível reforçar a abordagem sobre SSR ao nível da comunidade.
- Na escola os ensinamentos estão focalizados para a prevenção da gravidez precoce, uso do preservativo, abstinência, ITS e HIV e SIDA. Os mecanismos usados são as palestras, concentração dos alunos, actividades desportivas, cantos de aconselhamento e nas aulas de Biologia e de Educação Cívica e Moral.

-
- Os principais intervenientes na educação ao nível da escola são os professores e alunos activistas. Ambos intervenientes têm o mesmo papel que consiste na sensibilização, promoção e educação sobre SSR. Na escola não se faz sentir o papel das ONG's e nem o envolvimento dos pais, ou outros membros da comunidade, como as madrinhas, padrinhos ou líderes comunitários.
 - A relação entre a escola e a comunidade é frágil e até certo ponto conflituosa dada a forma como cada uma das esferas educativas defende a transmissão dos conhecimentos. Igualmente observa-se uma diferença entre os conteúdos transmitidos. A relação entre a escola e a unidade sanitária é igualmente fraca uma vez que as acções de parte-a-parte não são sistemáticas.
 - Na unidade sanitária ensina-se a importância do planeamento familiar, o parto institucional, importância da testagem e PTV. Os ensinamentos transmitem-se por via de consultas, palestras e aconselhamento. Os principais intervenientes na unidade sanitária são as enfermeiras de SMI, médicos e activistas, de SAAJ. O seu papel resume-se na provisão de serviços.
 - No que concerne a relação entre a unidade sanitária e a comunidade, o distrito de Zavala apresenta uma realidade diferente dos restantes distritos pois aqui existe um Agente Comunitário de Saúde (ACS), bastante activo, escolhido pela comunidade e com o papel de coordenar a realização actividades de sensibilização realizadas pela unidade sanitária na comunidade.
 - De uma forma geral em todos os distritos pesquisados, há um grande conflito intergeracional entre pais e filhos. Do ponto de vista dos pais o comportamento dos jovens é bastante e negativamente influenciado pela modernidade, enquanto do ponto de vista dos filhos os pais não acompanham as transformações associadas à dinâmica cultural.
 - Existe um conflito entre a educação formal e a educação tradicional. Entre os vários exemplos, o mais significativo refere que a educação formal mesmo com a aparição da menarca defende o retardamento do início da actividade sexual, preconiza o evitar gravidezes precoces e indesejadas, mas na educação tradicional a aparição da primeira menstruação simboliza prontidão sexual, reprodutiva e marital.

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta os resultados da pesquisa etnográfica sobre as práticas culturais e comunitárias de promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) realizada nos distritos de Ribáuè e Mossuril (Província de Nampula), Nhamatanda (Província de Sofala) e Zavala (Província de Inhambane).

O Programa das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) em Moçambique estão a implementar um Programa Conjunto em colaboração com o Governo de Moçambique que visa promover uma maior integração da perspectiva cultural nos planos e processos de desenvolvimento nacionais, sendo que uma das componentes do Programa centra-se na área da SSR.

As normas e crenças, estilos de vida, atitudes e práticas relacionadas com percepções sobre saúde e doença, vida e morte influenciam a forma como as pessoas vivem e fazem as suas escolhas quotidianas. A gravidez, o parto, a maternidade e a sexualidade são influenciadas por tabus em relação ao sexo, pelas relações de género e por práticas culturais específicas tais como os ritos de iniciação, a circuncisão, a poligamia, a purificação da viúva dentre outras. A fraca compreensão e consideração destes factores nos planos e programas de desenvolvimento têm limitado a eficácia das intervenções na área do HIV e SIDA. O crescimento das taxas de prevalência do HIV em Moçambique, não obstante todos esforços que têm sido empreendidos na área da prevenção é um exemplo da limitada eficácia das intervenções na área de saúde.

A presente pesquisa foi realizada com base numa abordagem socio-cultural que considera a realidade social, cultural, económica e institucional na qual estão inseridos os indivíduos assim como o conhecimento colectivo acumulado pelas comunidades e seus actores-chave. Um dos pressupostos orientadores desta pesquisa é o de que o comportamento sexual dos indivíduos é moldado por normas e valores culturais associados a forma como a esfera reprodutiva é organizada em determinado contexto. A abordagem socio-cultural é um instrumento-chave no desenho de intervenções para a mudança de comportamento culturalmente apropriadas.

Em termos de estrutura, o relatório apresenta os objectivos e a metodologia seguida dos perfis distritais dos locais abrangidos pela pesquisa. Em seguida são apresentados os resultados que incluem a descrição das características relativas a educação sobre SSR nos quatro distritos e tendo em conta três esferas nomeadamente, a comunidade, a escola e a unidade sanitária. Este capítulo é seguido pela apresentação de uma análise conjunta dos resultados e finalmente as conclusões e recomendações.

II. OBJECTIVOS

II.1 OBJECTIVO GERAL

Identificar, descrever e analisar as crenças, tabus, atitudes e práticas relativas a saúde sexual e reprodutiva, os principais intervenientes na educação ao nível da comunidade, escolas e unidades sanitárias.

II.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Ao nível da comunidade

- Identificar e compreender os sistemas tradicionais de educação sobre SSR particularmente a sexualidade, gravidez, parto e maternidade;
- Identificar e descrever que serviços, quais os provedores, os usuários, a interligação entre os sistemas formais e tradicionais sobre SSR, as oportunidades e desafios para o fortalecimento da articulação entre estes sistemas incluindo a prevenção, cuidados e mitigação do HIV e SIDA;
- Compreender qual é a demanda da comunidade e dos encarregados pela educação tradicional e analisar as percepções dos chefes tradicionais relativas a educação na escola sobre SSR;
- Identificar quais os educadores sobre SSR nos diferentes grupos etários, que métodos são utilizados e comparar os conteúdos transmitidos no contexto da educação tradicional e formal nas escolas e unidades sanitárias.

Ao nível da escola (primária e secundária)

- Identificar o papel, a atitude da escola e dos professores na educação sobre SSR e HIV/SIDA dos alunos incluindo quem ensina, quais os conteúdos e métodos usados;
- Identificar e descrever as principais barreiras, necessidades, desafios e oportunidades para integração dos sistemas tradicionais nos currículos educativos sobre SSR, HIV e SIDA;
- Analisar como a escola percebe a inclusão da educação tradicional sobre SSR no sistema formal e que papel poderiam ter os educadores comunitários nas intervenções escolares;
- Avaliar até que ponto a comunidade e os encarregados procuram saber e se interessam pela educação sobre SSR e HIV e SIDA fornecida pela escola.

II. METODOLOGIA

III.1 ABORDAGEM E MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida com recurso à abordagem sociocultural como reconhecimento de que a cultura desempenha um papel importante em todas as iniciativas, quer seja, para melhor entender e comunicar mensagens ou para influenciar mudanças comportamentais. No caso específico, esta abordagem é relevante no desenho de ferramentas para integração de aspectos culturais nas intervenções de saúde preventiva (na comunidade e escolas) de saúde curativa (nas US's) tendo em conta a identidade cultural dos principais envolvidos neste processo.

A pesquisa adoptou um enfoque qualitativo etnográfico que compreendeu a revisão de literatura, a recolha de dados através da realização de grupos de discussão focal, entrevistas individuais com os intervenientes e principais actores envolvidos na educação sobre SSR e observação directa estruturada. As entrevistas em profundidade e grupos de discussão focal foram realizados a diferentes provedores de serviços na área da educação, (professores, directores de escolas, e alunos dentre eles activistas de SSR), da saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e activistas), membros da comunidade envolvidos na provisão de serviços e educação sobre SSR (incluindo chefes tradicionais, médicos tradicionais e parteiras tradicionais) e jovens de ambos sexos.

III. 2 PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS: CATEGORIAS E LOCAIS ABRANGIDOS

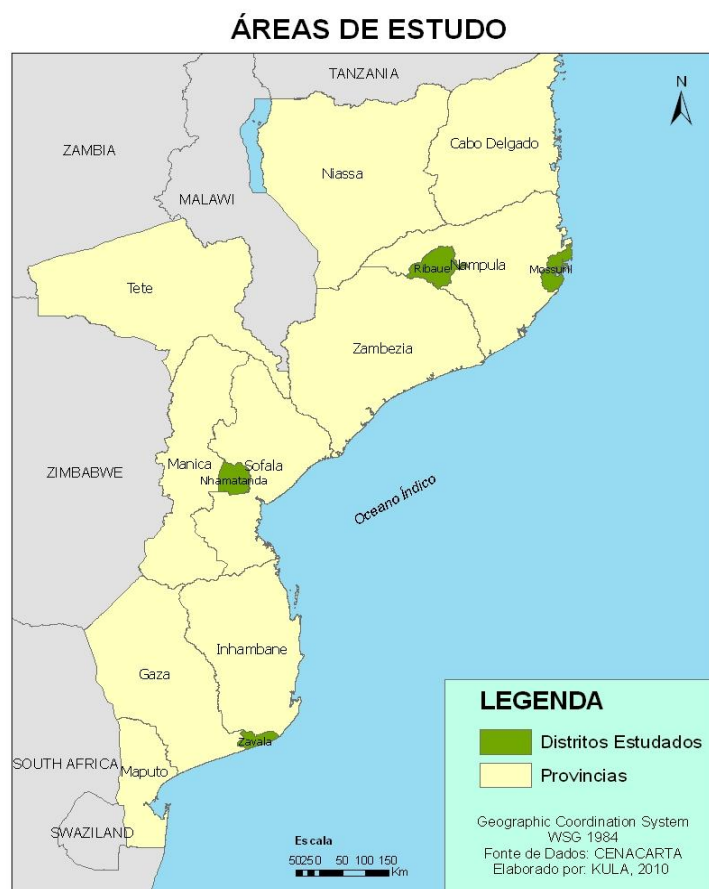
A recolha de dados foi realizada nas províncias de Nampula (Riábuê e Mossuril), de Sofala (Nhamatanda) e Inhambane (Zavala). A tabela abaixo ilustra em forma de síntese as categorias abrangidas pela pesquisa:

Tabela 1: TABELA DE ENTREVISTAS INDIVIDUAS E GRUPOS FOCALIS PELAS CATEGORIAS DE PESQUISA

CATEGORIA	RIBÁUÊ		MOSSURIL		NHAMATANDA		ZAVALA		TOTAL GERAL POR CATEGORIA
	GDF	IND	GDF	IND	GDF	IND	GDF	IND	
Professor	-	1	-	1	-	3	-	1	6
Aluno	2	2	2	2	2	4	2	2	18
Encarregado de Educação	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Director de Escola	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Representante da SDEJT		1		1	-	1	-	1	4
Médicos	-	1	-	1	-	1	-	-	3
Enfermeiro	-	1	-	2	-	-	-	2	5
Representante Distrital de SSR	-	-	-	1	-	1	-	1	3
Praticante de Medicina Tradicional	-	2	-	3		1	-	1	7
Parteira Tradicional	-	1	-	2	-	1	-	-	4
Matrona	-	1	1	1	-	-	-	1	4
Chefe Tradicional	1	1	1	1	1	-	1	1	7
Líder Religioso		1	1	1	-	-	-	1	4
Madrinhas de Ritos de Iniciação	1	1	2	1	1	1	-	1	8
Padrinhos de Ritos de Iniciação	1	1	1	1	-	-	-	1	5
Responsável de Ritos de Iniciação	-	-	1	1	-	1	-	-	3
Representante de ONG		1	1	1	-	-	1	1	5
Total por Distrito	7	17	12	23	6	16	6	17	104

IV. PERFIS DOS DISTRITOS ABRANGIDOS PELA PESQUISA¹

FIGURA 1: LOCALIZAÇÃO DAS ÁREAS DE ESTUDO



IV.1 DISTRITO DE RIBÁUÊ

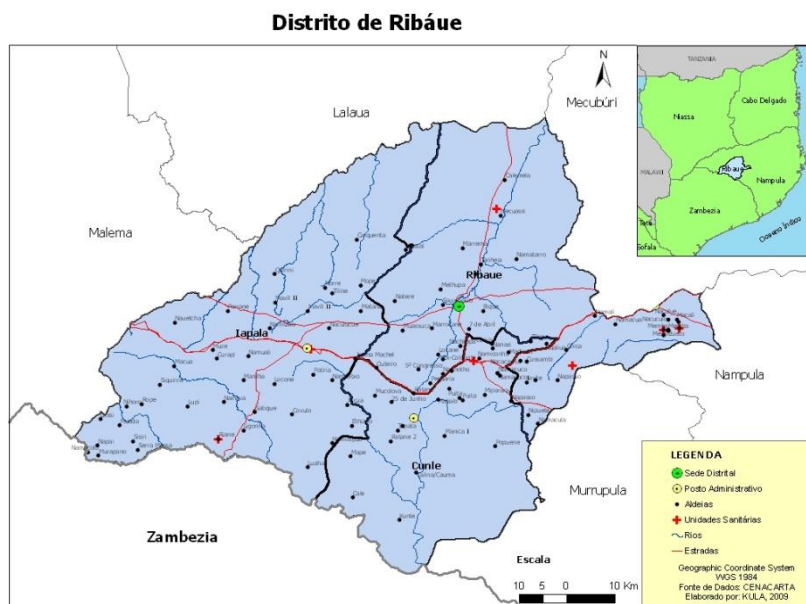
Com uma superfície de 4.894 km², o distrito de Ribáuê está localizado na zona ocidental da província de Nampula confinado a norte pelo distrito de Lalaua, a sul pelos distritos de Alto Molócuê na província da Zambézia e Murrupula, a Oeste com o distrito de Malema e a este com o distrito de Mecuburi (MAE, 2005).

Em relação a divisão administrativa, o distrito de Ribáuê possui três postos administrativos a saber, Ribáuê Sede, Cunle e Iapala. Os postos administrativos de Ribáuê e Iapala, por sua vez, estão subdivididos em duas localidades cada, enquanto Cunle tem simplesmente uma localidade o que significa que o distrito no seu todo conta com cinco localidades. Assim em Ribáuê-Sede encontram-se as localidades de Chica Sede e de Namigonha, no posto administrativo de Iapala

¹ Ao nível de todos os distritos não foi possível recolher informação sistemática sobre dados estatísticos sobre a SSR dos jovens em geral, incluindo sobre casamentos prematuros, gravidez no adolescente e em alguns casos as taxas de HIV e SIDA.

além da sua localidade Sede encontra-se a localidade de Norre Sede e por último no posto Administrativo de Cunle encontra-se a localidade de Cunle sede.

FIGURA 2: LOCALIZAÇÃO DO DISTRITO DE RIBÁUÈ



De acordo com os dados projectados da população, o distrito de Ribáuè, em 2010 conta com cerca de 180.464 habitantes. Relacionando este dado com a superfície total do distrito acima referida, calcula-se que a densidade populacional do distrito é de 36.9 hab/km².

A população é maioritariamente composta por mulheres já que estas totalizam 91,186 enquanto os homens são 89,278 e esta tendência observa-se em todos os grupos etários tomados em consideração.

Segundo a tabela da distribuição da população do distrito por sexo e idade, do total de 180,464 habitantes, 46.1% corresponde a população em idade reprodutiva, 45.7% corresponde a população jovem e 2.2% representa a população idosa. Portanto mais de 95% da população tem menos de 65 anos de idade, sendo uma população maioritariamente adulta e jovem.

TABELA 2: POPULAÇÃO DO DISTRITO DE Ribáuè POR IDADE E SEXO

Idade	Homens	Mulheres	Total	
0-14	43,348	39,199	82,546	45.7
15-49	39,560	43,526	83,085	46.1
50- 64	4,513	6,358	10,871	6.0
65+	1,858	2,104	3,962	2.2
Total	89,278 (49.5%)	91,186 (50.5%)	180464	100%

Fonte:www.ine.gov.mz

Do ponto de vista sociocultural, este distrito é matrilinear e nele habitam populações pertencentes as linhagens Amale, Amilima, Alucassi, Amirassi, Ayage, Atcheletche, Alapone, Anale e Amirole. A maioria dos habitantes é da linhagem (nihimo) Amilima. A língua materna dominante é o Emakwa. Em Ribáuè, segundo dados do MAE 2005, a religião praticada pela maior parte da população é a Muçulmana. Tendo por língua materna dominante Emakuwa 66% da população do distrito com 5 ou mais anos de idade não sabe falar português, sendo o seu conhecimento preferencial nos homens, dada a maior inserção na vida social e escolar e no mercado de trabalho.

No que se refere a rede sanitária, o distrito além de ter um Hospital Rural localizado na sua sede, conta com quatro centros de saúde a saber, CS de Lapala Monapo, CS de Cunle, CS de Namigonha, CS de Chicá e três postos de saúde designadamente PS de Riane, PS de Mecuassee e PS de Ebar.

Em termos de população por área de saúde dados referentes a 2009 indicam que a população subdivide-se da seguinte forma: Hospital rural de Ribáuè: 20.530; CS lapala Monapo: 36.625; CS Cunle: 21.133; CS Namigonha: 23.947; CS Chicá: 16.281; PS Riane: 31.323; PS Mecuassee: 13.774, PS Ebar: 6.285. O pessoal técnico total ligado a SSR é constituído por 17 enfermeiras, 1 técnico de cirurgia e 3 médicos².

Na área de SSR, o perfil epidemiológico é caracterizado pela elevada prevalência de ITS's principalmente sífilis, gonorreia, candidíase que é mais frequente nas mulheres e a sistozimíase. Dados colhidos no terreno revelam que os casos de HIV positivos em mulheres grávidas testadas são baixos. A mortalidade materna tende a baixar nos últimos anos. Em 2008 foram 13 e, em 2009, 12 casos de mortes maternas. O atraso na chegada às unidades sanitárias, trabalhos de parto arrastados por vezes mais de 2 dias são apontados como as principais causas para esta situação³

Em relação a rede escolar o distrito conta actualmente com quatro escolas secundárias localizadas na vila sede, lapala, Namigonha e Rinane. De salientar que nestes dois últimos locais as respectivas escolas entraram em funcionamento este ano de 2010⁴.

A agricultura constitui a principal actividade económica do distrito sendo praticada manualmente em pequenas explorações familiares em regime de consociação de culturas com base em variedades locais. Algumas famílias empregam métodos tradicionais de fertilização dos solos como pousio das terras, a incorporação no solo de restolhos de plantas, estrume ou cinzas (MAE, 2005).

De uma forma geral se pode dizer que a região é caracterizada pela ocorrência de três sistemas de produção agrícolas dominantes. O primeiro corresponde à vasta planáltica baixa onde domina a consociação das culturas alimentares nomeadamente mandioca, milho, feijões nhemba e bóer como culturas da primeira (época das chuvas) e a produção de arroz pluvial nos vales dos rios, dambos⁵ e declives e partes inferiores dos declives. O segundo sistema é dominado pela cultura

² Dados fornecidos pelos SDSMAS de Ribáuè

³ Dados fornecidos pelos SDSMAS de Ribáuè

⁴ Dados fornecidos pelos SDEJT de Ribáuè.

⁵ Zona saturada de água em regiões baixas da Savana.

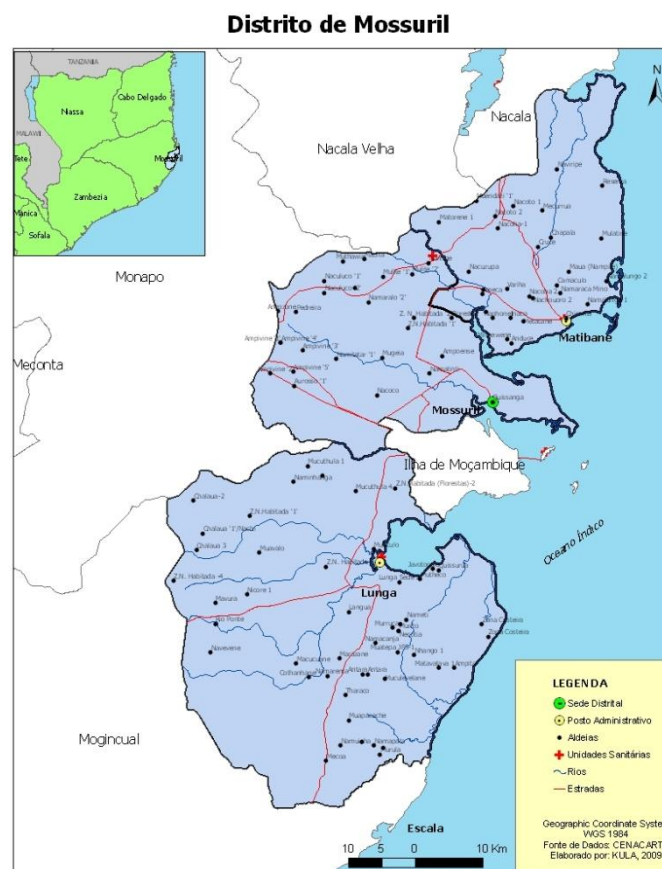
pura de mapira ocasionalmente consociada com milho e feijão nhemba. As culturas de mexoeira e amendoim podem aparecer em qualquer uma das consociações. A mandioca é a cultura mais importante em termos de área cultivada. O terceiro sistema de produção é dominado pela cultura do algodão. A estrutura de produção agrícola reflecte a base da economia familiar, constatando-se que 84% das explorações são cultivadas por 3 ou mais membros do agregado familiar (MAE, 2005).

IV.2 DISTRITO DE MOSSURIL

Com uma superfície de 3463 km², o distrito de Mossuril tem como limites a sul o distrito de Mongincual, a este o oceano Índico, a norte o distrito de Nacala – a – velha e a oeste o distrito de Monapo (MAE, 2005).

Em relação a divisão administrativa, o distrito de Mossuril possui três postos administrativos a saber: Mossuril Sede, Lunga e Matibane. Os postos administrativos, cada um deles, tem uma única localidade o que significa que o distrito no seu todo conta com três localidades. Assim em Mossuril-Sede tem a localidade de Namitatari, o posto administrativo de Lunga tem a localidade de Lunga Sede e por último no posto Administrativo de Matibane encontra-se a localidade de Matibane sede.

FIGURA 3: LOCALIZAÇÃO DO DISTRITO DE MOSSURIL



De acordo com os dados populacionais projectados para o ano de 2010, o distrito de Mossuril tem cerca de 98.201 habitantes, com uma densidade populacional de 28.4 hab/km².

A população é maioritariamente composta por mulheres, que totalizam 49.357 habitantes enquanto que os homens são 48.844. Esta tendência observa-se em todos os grupos etários tomados em consideração.

Segundo a tabela da distribuição da população do distrito por sexo e idade, do total de 98.201 habitantes, 45.2% corresponde a população em idade reprodutiva, 44.5% corresponde a população jovem e 3.3% representa a população idosa. Portanto mais de 95% da população tem menos de 65 anos de idade, sendo uma população maioritariamente adulta e jovem.

TABELA 3: POPULAÇÃO DO DISTRITO DE Mossuril POR IDADE E SEXO

Idade	Homens	Mulheres	Total	
0-14	21,473	22,181	43,655	44.5
15-49	20,805	23,529	44,335	45.2
50- 64	4,196	2,685	6,881	7.0
65+	2,370	961	3,331	3.3
Total	48,844 (49.7%)	49,357 (50.3%)	98,201	100%

Fonte:www.ine.gov.mz

Neste distrito habitam grupos predominantemente matrilineares. Segundo dados do MAE 2005, a religião dominante é a Muçulmana praticada pela maioria da população. Existem outras crenças sendo prática corrente que os representantes das hierarquias religiosas se envolvam em coordenação com as autoridades distritais em várias actividades de índole social. Tendo por língua materna dominante Emakuwa 85% da população do distrito com 5 ou mais anos de idade não sabe falar português, sendo o seu conhecimento predominante entre os homens dada a maior inserção na vida social e escolar e no mercado de trabalho.

No que se refere a rede sanitária, o distrito de Mossuril tem nove unidades sanitárias dentre as quais a de maior referência é o Centro de Saúde de Mossuril. As restantes oito unidades encontram-se espalhadas pelos postos administrativos. Todo o distrito conta actualmente com uma técnica capacitada em SSR e dois médicos generalistas. O perfil epidemiológico do distrito é caracterizado por ocorrência da Malária em grande escala, sendo que as ITS mais frequentes são: Gonorreia, sífilis, Candidíase, Tricomoníase e HIV e SIDA. O centro de saúde de referência tem actualmente 490 doentes testados dos quais 34 estão em tratamento ambulatorio⁶.

As actividades económicas principais são a pesca e a agricultura. No sector agrícola as culturas predominantes são a mandioca, leguminosas de grão como feijão nhemba e amendoim.

⁶ Dados fornecidos pelos SDSMAS de Mossuril.

IV.3 DISTRITO DE NHAMATANDA

O distrito de Nhamatanda está localizado na região centro-oeste da província de Sofala e situa-se a cerca de 100 km da cidade da Beira. Com uma superfície de 3987 km², este distrito é limitado a Norte pelo distrito de Gorongosa, a Oeste pelo distrito de Gondola (Manica), a Sul pelo distrito de Búzi e a Este pelo distrito de Dondo.

Em relação a divisão administrativa, o distrito de Nhamatanda possui dois postos administrativos, a vila sede de Nhamatanda e Tica. Estes, por sua vez, estão subdivididos em duas localidades cada um, o que significa que o distrito conta com quatro localidades. Assim no posto administrativo de Nhamatanda-Sede encontram-se as localidades Sede e de Puazi, no posto administrativo de Tica além da sua localidade Sede encontra-se Nhampoca.

FIGURA 4: LOCALIZAÇÃO DO DISTRITO DE NHAMATANDA



De acordo com os dados populacionais projectados para o ano de 2010, o distrito de Nhamatanda tem cerca de 254.828 habitantes. Relacionando este dado com a superfície total do distrito, se calcula que a densidade populacional do distrito é de 52 hab/km².

A população é maioritariamente composta por mulheres já que estas totalizam 131.742 habitantes enquanto os homens são 123.086 e esta tendência observa-se em todos os grupos etários tomados em consideração.

Segundo a tabela da distribuição da população do distrito por sexo e idade, do total de 254.828 habitantes, 54.2% corresponde a população activa, 43% corresponde a população jovem e 2.8% representa a população idosa. Portanto mais de 97% da população tem menos de 65 anos de idade, sendo uma população maioritariamente adulta e jovem.

TABELA 4: POPULAÇÃO DO DISTRITO DE NHAMATANDA POR IDADE E SEXO

Idade	Homens	Mulheres	Total	
0-14	56132	53567	109699	43%
15-49	54449	64106	118555	46.5%
50-64	9285	10210	19495	7.7%
65+	3220	3859	7079	2.8%
Total	123086 (48.3%)	131742 (51.7%)	254828 (100%)	100%

Fonte: www.ine.gov.mz

Em termos de grupos étnicos, a população do distrito é constituída, predominantemente, pelos Shicena e Chindau. As duas línguas são maternas e as mais faladas variam de região para região ao longo do distrito, verificando-se uma maior predominância da língua Shicena nas vilas sede de Nhamatanda, Tica, Siluvo e Lamego.

No distrito predomina o sistema patrilinear e existem várias cerimónias tradicionais a saber, de nascimento denominado Mazuade, de falecimento apelidada de Pita kufa ou pita madwade e de queimada da casa denominada Pita moto. Todas estas cerimónias envolvem a prática de relações sexuais. Para além das cerimónias acima referidas são praticadas as de evocação aos mortos denominados Nsembe, os ritos de iniciação feminina ou nas vésperas da fase menstrual.

O distrito de Nhamatanda possui 18 unidades sanitárias das quais 1 hospital distrital denominado Hospital Rural de Nhamatanda situado na vila com o mesmo nome. O distrito possui ainda 11 centros de saúde distribuídos nas localidades de Cheadia, Tica, Lamego, Metuchira, Mutondo, Vinho, Nharuchonga, Mecuzi, Siluvo, Manguena e Macorrococho. Neste distrito existem 6 postos de saúde localizados nos postos de Mbimbiri, na localidade de Macorrococho, Muda situado na localidade de Tica, Pedreira situado na localidade de Siluvo, Jone Segredo localizado na localidade de Lamego e Jasse na localidade de Siluvo.

A distribuição populacional por cada unidade sanitária é a seguinte: Hospital Rural de Nhamatanda 44.353 habitantes, Centro de Saúde de Cheadia 9.538, Centro de Saúde de Tica 30.797, Centro de Saúde de Lamego 17.608, Centro de Saúde de Metuchira 33.749, Centro de Saúde de Mutondo 9.541, Centro de Saúde de Vinho 9.157, Centro de Saúde de Nharuchonga 8.741, Centro de Saúde de Mecuzi 11.943, Centro de Saúde de Siluvo 12.213, Centro de Saúde de Manguena 8.320, Centro de Saúde de Macorrococho 8.975, Posto de Saúde de Nhampoca 16.592 e os Postos de Saúde de Mbimbiri, Muda, Pedreira, Jone Segredo e Jasse estão inclusos nas suas respectivas localidades acima descritas⁷.

Além destas unidades sanitárias funcionam 9 postos fixos de vacinação operacionais constituídos por parteiras e enfermeiras de Saúde Materno e Infantil (SMI), a saber: Vila de Nhamatanda,

⁷ Dados fornecidos pelos SDSMAS de Nhamatanda.

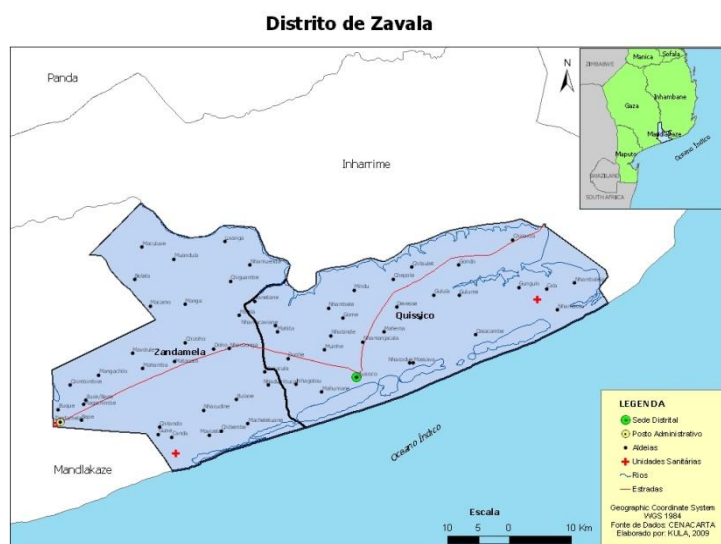
Macorrococho, Lamego, Metuchira, Lomaco, Siluvo, Nharuchonga e Tica. O perfil epidemiológico do distrito entre outras doenças é caracterizado pela ocorrência de ITS tais como: Gonorreia, Sífilis e HIV/SIDA⁸.

Ao nível do distrito existe uma escola secundária e cada posto administrativo tem uma EPC, com a excepção da vila sede que tem três escolas. A agricultura constitui a principal actividade económica do distrito sendo praticada manualmente em pequenas explorações familiares, em regime de consociação de culturas com base em variedades locais. A produção é feita predominantemente em condições de sequeiro nem sempre bem sucedida, uma vez que o risco de perda de colheitas é alto dada baixa capacidade de armazenamento de humidade no solo durante o período de crescimento das culturas.

IV.4 DISTRITO DE ZAVALA

O distrito de Zavala está localizado no extremo Sul da Província de Inhambane. A Norte faz limite com o distrito de Inharrime, a Sul e sudeste com o distrito de Mandlakazi na Província de Gaza, a Este é banhado pelo Oceano Índico.

FIGURA 5: LOCALIZAÇÃO DO DISTRITO DE ZAVALA



Em relação a divisão administrativa, o distrito de Zavala possui dois postos administrativos designadamente: Quissico Sede e Zandamela. Estes, por sua vez, estão subdivididos em duas localidades: o posto administrativo de Quissico sede que é consituído por Quissico e Muane. O Posto Administrativo de Zandamela é composto por Zandamela e Maculuva, o que significa que o distrito no total conta com quatro localidades.

⁸ Idem.

Para além das localidades o distrito de Zavala possui um total de sessenta e quatro povoados, sendo a localidade de Zandamela com vinte e um povoados, a localidade de Macoluva com doze povoados, Muani com onze povoados e Quissico com vinte povoados.

Segundo a tabela da distribuição da população do distrito por sexo e idade, do total de 191.610 habitantes, 103.688 são mulheres, correspondendo a uma percentagem de 54,1% e 87.922 são homens, correspondendo a uma percentagem de 45.9%.

Do total da população, 41.9% corresponde a população em idade reprodutiva, 46.5% corresponde a população jovem e 5.5% representa a população idosa. Portanto 94% da população tem menos de 65 anos de idade, sendo uma população maioritariamente jovem e adulta.

TABELA 5: POPULAÇÃO DO DISTRITO DE ZAVALA POR SEXO E IDADE

Idade	Homens	Mulheres	Total	
0-14	45.409	43.721	89.130	46,5%
15-49	35.329	44.931	80.260	41,9%
50- 64	4.041	7.660	11.701	6,1%
65+	3.143	7.376	10.519	5,5%
Total	87.922 (45.9%)	103.688 (54.1%)	191.610	100%

Fonte:www.ine.gov.mz

Neste distrito habitam grupos sociais predominantemente patrilineares e a religião dominante é a Sião/Zione praticada pela maioria da população do distrito. Em termos de grupos etnolinguísticos, a população do distrito é constituída predominantemente pelos Chopi e a língua predominantemente falada é Chopi. No distrito metade da população com idade igual e superior aos 5 anos tem conhecimento da língua portuguesa. O distrito é conhecido culturalmente por possuir a dança Timbila reconhecida desde 2005 pela UNESCO como o Património Cultural da Humanidade.

No que se refere a rede sanitária o distrito de Zavala possui onze unidades sanitárias dentre as quais a de maior referência é o Centro de Saúde de Quissico. As restantes unidades encontram-se espalhadas pelos postos administrativos. O distrito conta, actualmente, com dezoito técnicos capacitados em SSR. O perfil epidemiológico do distrito é caracterizado pela ocorrência de ITS's tais como: Leocorreia, Gonorreia, Sífilis, Corrimento uretral, Sarcoma de Caposse, Condilomas e HIV e SIDA⁹.

A agricultura constitui a principal actividade económica do distrito, sobretudo a produção da Mandioca. O distrito possui um grande potencial para o cultivo desta cultura. A actividade agrícola é complementada pela pecuária concretamente a criação do gado bovino.

⁹ Dados obtidos nos SDSMAS de Quissico.

V. PRINCIPAIS RESULTADOS

Nesta secção são apresentadas as principais constatações decorrentes do trabalho de campo efectuado nos quatro sites de pesquisa, Ribáuè, Mossuril, Nhamatanda e Zavala. Os resultados de Ribáuè e Mossuril foram agrupados visto os dois distritos pertencerem a mesma província e pelas razões que apresentamos nas linhas que se seguem.

5.1 CARACTERÍSTICAS RELATIVAS A EDUCAÇÃO SOBRE SSR EM RIBÁUÈ E MOSSURIL

A pesquisa permitiu constatar que apesar de o distrito de Ribáuè, estar localizado no interior e o de Mossuril, no litoral, ambos apresentam uma similaridade cultural notável. No que se refere a SSR, esta similaridade é evidenciada, principalmente, nos conteúdos dos ensinamentos que a comunidade, a escola e as unidades sanitárias propiciam aos seus membros, alunos e usuários dos serviços. Os principais intervenientes no processo educativo sobre SSR e o momento em que esses ensinamentos são transmitidos são, igualmente, outros dos elementos que ilustram a proximidade cultural entre estes dois sites.

Assim esta secção do relatório procura visualizar o que se transmite/ensina sobre SSR, como se transmite, quando se transmite, os principais intervenientes no processo, o papel de cada um dos intervenientes no referido processo, a relação entre as diferentes esferas/contextos de aprendizagem, os canais de educação para as raparigas e para os rapazes, idade/período em que se inicia o ciclo de aprendizagem e os possíveis pontos de entrada para o reforço de SSR na comunidade, na saúde e na escola. Desta feita começaremos por apresentar os aspectos relativos a comunidade, de seguida as unidades sanitárias e por último a escola.

5.1.1. COMUNIDADE

5.1.1.1 O QUE SE TRANSMITE SOBRE SSR

Ao nível deste contexto de aprendizagem, os ensinamentos sobre a SSR transmitidos aos rapazes e raparigas embora sejam diferentes em termos de conteúdo do que se ensina são complementares em termos de finalidade uma vez que são momentos de socialização sobre a sexualidade, uma componente de construção da identidade feminina e masculina, de papéis sociais culturalmente aceites do que é ser homem ou mulher na vida adulta que se inicia.

É dentro da lógica acima referida que o processo de transmissão desses ensinamentos sobre SSR é feito com base na diferenciação de género. De igual modo, os principais intervenientes no processo bem como o momento específico em que ocorrem esses ensinamentos se adequam as especificidades da identidade do género.

A situação acima referida mostra-nos que, em Nampula, no que diz respeito a SSR temos ensinamentos típicos e específicos só para as mulheres e outros só para os homens que ocorrem em lugares e momentos bem distintos. À excepção da escola onde a educação é transmitida de forma simultânea aos rapazes e raparigas, na comunidade esta simultaneidade não existe devido às especificidades do ser mulher ou ser homem e o que fazer em função desta identidade de género que devem continuar no domínio do secreto. Embora existam ensinamentos tanto para

homens como para mulheres, se depreende que, em grande medida, os ensinamentos são mais voltados para as mulheres do que para os homens.

Em Ribáuè e Mossuril a lógica que norteia a maior incidência nas mulheres do que nos homens em termos de educação em SSR subjaz nas percepções locais segundo as quais a educação masculina deve ser orientada para realçar os estereótipos de masculinidade, pensados como inatos, enquanto das mulheres são consideradas objecto e sujeito que devem ser engajados em processos rigorosos e até ritualizados de aprendizagem para a construção da sua identidade como mulher:

“A partir do momento em que a rapariga apanha a primeira menstruação, existem senhoras adultas que vão-lhe ensinar como cuidar da menstruação e como ela deve-se comportar, esta cerimónia chama-se Hekoma” (Parteira Tradicional, Mossuril, Entrevista Individual).

Para as mulheres, na sua maioria, os ensinamentos incidem sobre os cuidados a ter com o ciclo menstrual, a gravidez, o parto e a maneira de ser e estar no lar com o marido. Em relação ao ciclo menstrual incide-se sobre os “perigos” culturais que esta fase representa tanto para os homens assim como para as mulheres grávidas, mas também há ensinamentos em torno dos cuidados de higiene a ter durante este período. Se para os homens a menstruação representa um perigo evidente na contracção de doenças como por exemplo, a hérnia, já para as mulheres a situação é bem diferente. Enquanto para os homens a menstruação é por excelência uma fonte de contágio de impurezas por via das relações sexuais e consumo de alimentos confeccionados por uma mulher menstruada, para as mulheres para além deste facto acrescentam-se outras formas de contacto igualmente com efeitos “perigosos”.

“Quando a menina apanha a primeira menstruação nós ensinamos e damos conselhos. Primeiro perguntamos se alguma vez viu esse sangue e ela responde que não, estava a urinar e apareceu sangue, a senhora depois pergunta-lhe se ninguém lhe agarrou no sexo, se ninguém lhe picou com um pau, ou nenhum homem lhe pegou no sexo e ela responde que não, saiu sozinho. Ensinamos que ela deve esconder a menstruação, não pode mostrar a ninguém, também ensinamos como conservar o sangue, mostra-se como ela deve pôr o pano e amarrar na cintura ” (Matrona, Mossuril, Grupo Focal).

“No ciclo menstrual a mulher deve andar limpa e utilizar a roupa chamada NAKAPA, panos que se amarram na cintura é uma espécie de pensos” (Encarregados de Educação, Ribáuè, Grupo Focal).

“ (...) a mulher tem que parar de fazer relações sexuais porque pode provocar doenças ao homem, é sujidade que está a sair pode provocar infecção, não pode pôr sal no caril só pode pôr no prato dela porque pode provocar uma doença chamada KUHUNHO – hérnia” (Alunas, Ribáuè, Grupo Focal).

“Quando a mulher está menstruada e não tem ninguém para pôr sal na comida, ela deve pôr 4 grãos de sal nos cantos triangulares do fogão, se ela puser sal directamente na comida, a pessoa que comer pode tossir muito e se for um homem pode apanhar hérnia” (Matrona, Mossuril, Grupo Focal).

Em geral para as mulheres os perigos decorrentes do ciclo menstrual são do ponto de vista gestacional, uma vez que qualquer contacto directo ou indirecto com uma mulher menstruada pode resultar em aborto. O contacto directo seria por via de partilha de utensílios usados no consumo de água ou outro tipo de bebidas (incluindo alcoólicas) enquanto o contacto indirecto seria por via duma relação sexual do marido com uma mulher menstruada e posteriormente com a mulher grávida.

“Para uma mulher que está a iniciar a gravidez educa-se para não comer ou beber água na vizinha porque pode provocar aborto. Uma mulher menstruada não pode dar água à uma mulher grávida porque pode provocar aborto. Se isto acontecer procuram uma madrinha que vem ver a mulher grávida dá tratamento e o perigo passa. Mesmo a mulher menstruada não pode ter relações sexuais” (Chefe Tradicional, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Durante o ciclo menstrual, a mulher não pode manter relações sexuais pois o homem corre perigo de contrair hérnia” (Parteira Tradicional, Mossuril, Entrevista Individual).

Aqui particularmente se nota que a menstruação é “perigosa” tanto para os homens assim como para as mulheres e na sua maioria todas as entrevistas individuais e grupos focais fazem de forma recorrente referência a este ensinamento como sendo um dos aspectos fundamentais e estruturantes na educação sobre SSR.

Em relação a gravidez, em Nampula, embora os ensinamentos sejam diferentes na comunidade, escola e unidade sanitária existem alguns pontos de convergência, como mostraremos nas linhas que se seguem.

Na comunidade se ensina que, se a mulher estiver grávida, o seu marido deve evitar a prática de relações sexuais com uma outra mulher, principalmente se ela estiver menstruada. Em relação a este ponto se na unidade sanitária esta restrição é invocada por questões de prevenção de várias infecções, na comunidade a explicação está relacionada aos perigos de aborto que este mesmo contacto pode causar e ao facto de o bebé poder nascer com “sujidade”.

Outros dos ensinamentos comuns durante a gravidez que tem a particularidade de coincidir tanto na comunidade quanto na unidade sanitária prendem-se com a necessidade da observância de cuidados a ter, nomeadamente, com a diversificação dos alimentos, a regulação do esforço físico através do controlo das distâncias a percorrer bem como com as cargas a levar ao longo deste período gestacional.

“A mãe e a avó explicam como a mulher grávida deve cuidar-se, não pode fazer trabalhos pesados, não pode dormir com outro homem que não seja o marido enquanto está grávida” (Encarregada de Educação, Mossuril, Entrevista Individual).

“Quando a mulher está grávida ensino a fazer papas enriquecidas e a comer matapa para fortificar o corpo durante a gravidez. Também explico que a partir dos 6/7 meses já não pode fazer trabalhos pesados como ir buscar água, lenha ou capinar” (Parteira Tradicional, Mossuril, Entrevista Individual).

Ainda em torno da gravidez a comunidade para além dos cuidados a ter com a alimentação, por um lado, devido a necessidade de diversificação do que comer como forma de garantir um crescimento saudável do bebé (por exemplo frutas, verduras com amendoim), mas, por outro lado, estes cuidados procuram restringir o consumo de certos alimentos que na percepção local poderiam contribuir para a má formação congénita e a ocorrência do aborto. Em Ribáuè particularmente, são os casos de consumo de carne de macaco, peixe, cágado, entre outros. Acredita-se que o consumo da carne de macaco pode implicar que o bebé nasça com as feições deste. O cágado dados os seus movimentos lentos pode provocar “preguiça” no bebé e não mexer convenientemente durante o período de gestação e o peixe pela forma como se manifesta caracterizada por sucessivas movimentos e esta “instabilidade” pode passar igualmente para bebé em formação o que pode culminar com aborto ou deficiências físicas assinaláveis. De acordo com os entrevistados:

“Mulheres grávidas não podem comer carne de macaco porque senão o bebé vai ter característica de macaco, mocho e morcego porque pode ter características semelhantes desses animais” (Aluno Ribáuè, Entrevista Individual).

“São ensinadas que não podem utilizar cágado senão demorar muito no dia do parto e em relação ao rato é uma coisa complicada quando nasce as vezes não traz boa cabeça é preciso evitar” (Encarregadas de Educação, Ribáuè, Grupo Focal).

“Durante a gravidez a mulher não pode comer um peixe de nome “ximpulopulo” e caso coma, poderá ficar grávida durante 3 anos” (Parteira Tradicional, Mossuril, Entrevista Individual).

Os cuidados relativos a gravidez são extensivos às relações sexuais, mas também de forma recorrente, se percebe que a mulher é ensinada onde deve ou não estar dentro da sua casa e ao homem os ensinamentos são relativos ao dia do parto.

“A mulher não deve sentar na porta porque no dia que vai dar parto demora muito a sair o bebé, criança fica na porta onde a mãe ficava também quando estava grávida” (Padrinhos e Madrinhas dos ritos, Ribáuè, Grupo Focal).

“Quando a mulher está grávida não pode parar ou sentar na porta porque vai ter problemas de dores no dia do parto e também não pode comer cana-de-açúcar e ananás” (Encarregada de Educação, Mossuril, Grupo Focal).

“Por tradição não pode sentar na porta porque no dia do parto a criança vem e não sai; quando chega o dia do parto o homem não pode pôr cinto, não pode fechar os botões da camisa, não fechar a porta de casa quando isto não acontece está a fechar os caminhos para a criança sair” (Encarregados de educação, Ribáuè, Grupo Focal).

Sobre a maneira de ser e estar no lar e o relacionamento com o marido, a mulher é ensinada nos ritos de iniciação sobre o que fazer antes, durante e depois do acto sexual, porque na percepção local este é um dos aspectos fulcrais na gestão da vida conjugal.

“Nos ritos de iniciação ensina-se como colocar o sexo do homem na vagina, como puxar os lábios da vagina para não ter só cabeça tem que ter orelhas para ficar bonita, ensinam a limpar bem o homem depois do acto sexual. Ensinam a usar IPITXI uma substância para pôr nas “matunas” para não ter muita água. É uma substância que também se põe no pénis antes da relação sexual” (Encarregados de Educação, Ribáuè, Grupo Focal).

“Pode-se ensinar a menina a fazer Othuna (alongamentos vaginais) a partir dos 8 anos, geralmente a mulher quando casa pode fazer os alongamentos a frente do marido para lhe excitar e incentivar a manter relações sexuais. A mulher também pode fazer assim quando não tem nada para fazer, só para ficarem prontos para quando dormir com o homem” (Encarregada de Educação, Mossuril, Entrevista Colectiva).

“(…) ensinam-lhe também que deve ter um pano limpo que deve ficar debaixo da almofada para usar depois de dormir com o marido para limpar, este pano não pode se deixar à vista de outras pessoas. Depois de manter relações sexuais, a mulher deve limpar muito bem e com cuidado o sexo do marido com aquele pano, não é acabar de fazer sexo e virar pra o lado, não, ela também deve usar o pano para limpar o seu sexo para não sujar a cama. Ensina-se que a mulher deve ser activa quando tem relações sexuais com o marido, como beijar o marido, tem que respeitar os familiares do seu marido e que deve deixar sempre o almoço pronto para o marido” (Matrona, Mossuril, Entrevista individual).

“(…) nos ritos de iniciação se ensina a dançar para o marido, como ficar no lar com o marido, tratamentos especiais que a mulher faz depois das relações sexuais que é limpar o sexo do marido e ter água para tomar banho, fazer massagens o corpo” (Madrinha dos ritos de iniciação, Ribáuè, Entrevista individual).

Sobre o pós-parto, à semelhança doutros momentos vida, os ensinamentos da giram em torno da proibição, entre outros, da prática de relações sexuais. Apesar de o período durante o qual a mulher que deu parto não pode manter relações variar de acordo com os entrevistados, é comum a ideia de que esta proibição mantém-se até o bebé começar a andar de modo a evitar possíveis doenças e pode esta constituir uma forma tradicional de planeamento familiar.

“Não pode fazer relações sexuais antes de a criança ter 8 – 9 meses senão vai apanhar uma doença chamada MAVUKA – criança fica fraca, chora muito e emagrece” (Encarregada de educação, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Quando a mulher tiver bebé não pode dormir com o marido até completar 1 ano porque se não o bebé não vai crescer bem” (Matrona, Mossuril, Entrevista individual).

Relativamente ao aborto observou-se particularmente em Ribáuè um silêncio dos entrevistados para comentar sobre esta temática, sendo um indicativo de que as pessoas não se mostram muito abertas para falar sobre esta temática. Já em Mossuril a experiência foi diferente sendo que o discurso gira à volta das proibições e do estado de impureza em que a mulher se encontra.

“Depois do aborto não pode fazer trabalhos pesados e não pode dormir com o marido durante 3 meses” (Parteira Tradicional, Mossuril, Entrevista Individual).

“Quando uma mulher aborta as mulheres adultas explicam-lhe o que aconteceu, dizem-lhe que não pode comer sal, piri-piri e não pode dormir com o marido. Depois de passarem 3 meses daí é que podem saber se o sangue que saiu era mesmo aborto ou era menstruação durante a gravidez” (Matrona, Mossuril, Entrevista colectiva).

No que concerne aos rapazes, os ensinamentos são basicamente sobre o ser e estar no período imediatamente a seguir a “maioridade cultural”, isto é, depois da circuncisão. Tanto em Mossuril como em Ribáuè, a circuncisão é um pré-requisito que simboliza a passagem para o estado adulto. Durante a realização da circuncisão os rapazes recebem também ensinamentos sobre o seu comportamento no período imediatamente a seguir ao ritual. Estes ensinamentos privilegiam principalmente o respeito pelos adultos e a responsabilidade que o rapaz passa a ter como resultado desta nova fase. Esta educação pouco ou quase nada aborda sobre assuntos relativos a SSR, havendo uma percepção de que a masculinidade não se ensina, sendo natural, diferentemente do que acontece com as mulheres que tem que aprender e ser ensinadas tudo sobre o ser mulher.

“Nos ritos de iniciação ensinam que os rapazes já cresceram, devem deixar coisas de criança, se o pai ou a mãe morrer podem enterrar, ensinam o respeito. Na tradição quem não fez circuncisão não pode ver um morto ou participar na cerimónia, não pode ver a campa, fazer os ritos significa crescimento” (Padrinho, Mossuril Entrevista Colectiva).

“Ensina-se a respeitar as pessoas, ao pai ou a qualquer um, não deve sair sem fazer os trabalhos de casa, não pode insultar, não pode entrar no quarto da mãe de qualquer maneira nem na casa de banho da mãe pode entrar, mesmo ser só uma casa de banho em casa não pode entrar” (Encarregado de Educação, Mossuril, Entrevista Colectiva).

“A pessoa é dita que já cresceu, não pode insultar pessoas na rua, não pode espreitar debaixo da cama da mãe, não pode entrar no quarto da mãe sem pedir autorização” (Padrinho, Mossuril Entrevista Colectiva).

5.1.1.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

Estes ensinamentos são transmitidos obedecendo a vários artifícios que vão desde os aconselhamentos nos ritos de iniciação, em casa por via de “pessoas mais velhas”, consultas nas unidades sanitárias passando por palestras e teatros educativos.

O momento de transmissão destes ensinamentos na comunidade e na parte feminina coincide com a menarca (aparição da primeira menstruação) e prolonga-se pelas etapas subsequentes que a mulher vai passando ao longo da sua vida nomeadamente o casamento, a gravidez e o parto. Se do lado feminino já existe um denominador comum que é a aparição da primeira menstruação, do lado masculino este momento é variável.

Apesar de nas mulheres ser claro quando é que começa este período e nos homens ser variável, o que há em comum entre estes dois momentos em que esses ensinamentos são transmitidos é que ambos coincidem com o início da realização dos ritos de iniciação e representam uma componente estruturante do processo de construção social dos papéis e identidades sociais masculina e feminina.

“As meninas quando apanham a primeira menstruação são submetidas à educação tradicional. Para os rapazes a partir dos 7/8 anos levam para educação tradicional e começam com os ritos de iniciação” (Professor, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Nos ritos e iniciação inicia-se a menina sobre os cuidados com a menstruação e que tem que ter respeito com os mais velhos” (Aluna, Mossuril, Grupo Focal).

5.1.1.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

Os principais intervenientes neste processo educativo variam de acordo com o contexto e com os ensinamentos. Na comunidade predominam os padrinhos, as madrinhas e as matronas dos ritos de iniciação, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), os líderes religiosos, os praticantes de medicina tradicional, as parteiras tradicionais, as “pessoas mais velhas”, enquanto os pais e as mães desempenham um papel residual. Em Mossuril, de forma particular, além dos padrinhos, destacam-se os responsáveis pela realização dos ritos de iniciação aos rapazes.

5.1.1.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

Embora o conteúdo da educação transmitida seja diferente, o papel de cada um destes intervenientes referidos no ponto anterior apresenta grandes similaridades sob ponto de vista de finalidade que cada um deles procura atingir no exercício do seu processo educativo.

Os padrinhos e madrinhas dos ritos de iniciação educam os jovens e as jovens mediante a solicitação dos pais interessados na educação dos seus filhos e filhas, portanto são responsáveis pelo aconselhamento dos iniciandos. Facto importante a considerar é que esses aconselhamentos prolongam-se ao longo da vida o que significa que o padrinho ou madrinha dos ritos de iniciação podem ser solicitados em momentos futuros na vida dos seus “iniciandos”. As matronas são as actoras sociais responsáveis pela execução dos ritos de iniciação nas raparigas. Em geral e de acordo com os dados recolhidos nas entrevistas realizadas em Ribáuè, a matrona, em muitos casos, é cumulativamente praticante de medicina tradicional (PMT). Neste distrito, é neste aspecto particular (da duplicidade de papéis sócias de Matrona e PMT) onde reside a diferença entre a madrinha e a matrona dos ritos de iniciação.

No que concerne aos rapazes, apesar de terem os padrinhos dos ritos de iniciação, em Mossuril a responsabilidade de execução dos mesmos recai para os homens mais velhos que detêm os conhecimentos que devem ser transmitidos aos rapazes. Aos padrinhos cabe o papel de cuidar dos iniciandos durante o período em que ficam no local de realização dos ritos e estes cuidados incluem a confecção de alimentos e cuidados com a higiene após a circuncisão.

As pessoas mais velhas na sua larga maioria são responsáveis pela educação das raparigas também mediante a solicitação das mães, conforme atestam os extractos abaixo:

“Quando chega o momento de aconselhamento, quando a mãe tiver de dar conselhos convida a avó, as mais velhas, idosas da família, são as especialistas que dão conselhos, sobre como cuidar do esposo, do período, cuidados com a gravidez e parto. O momento é

quando tem a primeira menstruação e levam aos ritos de iniciação, os primeiros conselhos são dados em casa, através da avó, ou conjunto de senhoras idosas dando conselhos a donzela, sobre o que fazer depois da gravidez, parto e aborto” (Aluna, Ribáuê, Grupo focal).

“Sobre a questões das mulheres são as avós maternas que ensinam, quando são homens são os tios irmãos da mãe. A família do homem não entra na educação, mas isto não altera a responsabilidade do homem dentro da casa” (Encarregados de Educação, Ribáuê, Grupo Focal).

“Quando chega a menstruação a mulher já pode ser mãe e a partir deste momento, uma senhora idosa que pode ser da família ou não, ensina-lhe e dá toda a informação dos cuidados a ter durante o período de menstruação” (Parteira Tradicional, Mossuril, Entrevista Individual).

Os praticantes de medicina tradicional para além de terem como responsabilidade a realização dos ritos de iniciação prestam serviços específicos durante a gravidez, o parto e o pós-parto, isto é, ao nível da comunidade constituem parte significativa na qual os indivíduos recorrem em busca de cuidados de saúde, de um modo geral, sexual e reprodutiva, em particular. De acordo com os dados recolhidos no campo:

“(…) dou medicamentos para o banho do recém-nascido como manda a tradição. Faço massagens as mulheres que acabam de dar parto. Para partos complicados procuro medicamentos para dar a mulher e facilitar o parto. Consigo saber se o bebé movimenta ou não e dou remédio para ele se mexer, consigo tratar maus espíritos que não deixam a gravidez desenvolver bem. No parto ajudo e amarro lenço na zona da barriga e ajudo o bebé a descer. Depois do parto faço massagens, dou banho, ponho penso e dou qualquer coisa de comer normalmente arroz pilado ou farinha de mapira mistura-se com água e bebé para evitar morrer de fome e aumentar o leite para o bebé” (Praticante de Medicina Tradicional e Matrona dos ritos, Ribáuê, Entrevista Individual).

“Tem um medicamento para ser tomado que ajuda a engravidar, depois de preparar deve ser tomado logo, primeiro a Nkulucana (praticante de medicina tradicional-Ervanário) e depois a paciente. Depois disto a mulher pode manter relações sexuais que vai conseguir ficar grávida” (Praticante de Medicina Tradicional - Ervanária, Mossuril, Entrevista Individual).

Os líderes religiosos têm um papel preponderante na educação sobre SSR sobretudo em Mossuril. Neste distrito mais de 70% da população professa a religião muçulmana facto que constitui um dado para perceber o papel desta religião na educação sobre SSR. A religião católica apesar de ter muito poucos crentes comparativamente a muçulmana também tem um papel preponderante na educação dos jovens sobre SSR. Em Mossuril o papel activo da igreja no que concerne a esta temática resulta do facto de ter reconhecido a importância que os ritos de iniciação desempenham na construção da identidade de homens e mulheres.

“Na mesquita ensinamos o homem que não pode ter várias parceiras, não pode vir a mesquita enquanto está impuro, (acabou de fazer relações sexuais, está bêbado ou

acabou de lutar com alguém). As mulheres são ensinadas que não podem entrar na mesquita enquanto estão de período, depois do casamento deve cuidar do seu marido. Também ensinamos o homem que não pode fazer sexo com outras mulheres enquanto é pai de um bebé pequeno porque isto é mau para a saúde do bebé” (Líder Religioso Muçulmano, Mossuril, Entrevista Individual).

“Aqui na nossa igreja também fazemos ritos de iniciação como um processo de inculturar a religião. O homem tem os seus próprios princípios culturais e a igreja não pode ser um obstáculo, os ritos de iniciação também precisam de ser evangelizados. Temos conselheiros que quando os jovens completam 17 anos dão conselhos com base no Evangelho de Cristo...estes conselheiros são formados para aconselhar sobre a boa conduta moral. Também falamos com a Saúde para vir um enfermeiro fazer a circuncisão. Quando chega a altura do casamento também damos conselhos sobre a boa a vida conjugal” (Líder Religioso Católico, Mossuril, Entrevista Colectiva).

Sobre os Agentes Comunitários de Saúde¹⁰ (ACS's) recai a responsabilidade de fazer educação e promoção da saúde na comunidade. Em Mossuril para além das parteiras tradicionais não foi possível encontrar ACS's.

Os ACS's reúnem a comunidade e sensibilizam que a mulher tem que ter higiene pessoal. (Parteira Tradicional, Ribáuè, Entrevista Individual).

As parteiras tradicionais para além de assistir o parto, também prestam cuidados durante a gravidez e no período posterior ao nascimento do bebé.

“Na gravidez sensibilizo para parir no hospital para ser controlada a gravidez. Depois do parto mando controlar o peso e ensino a saber alimentar a criança. Ensinamos as crianças para não engravidar antes da idade. Se for de 15 anos explicamos que vai ser difícil dar parto tem que esperar até ter 18 ou 20 anos de idade. No aborto ensinamos que nós que somos parteiras não temos todos os instrumentos de trabalho, a pessoa pode ter HIV/SIDA e não podemos assistir essa doença. Não conseguimos assistir malária. Fomos formadas para sensibilizar as mães para ir ao hospital, há mães que não conseguem ir sozinhas sem ser sensibilizadas. Sobre o parto ensinamos que parto é difícil, há muitas doenças que podem surgir, ensinamos que as vezes precisam de ser operadas. Não posso assistir de qualquer maneira, quando uma mulher tem falta de água precisa de injeção ou apanhar soro e nós não temos isso. Por isso é difícil assistir partos na comunidade” (Parteira Tradicional, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Assisto partos principalmente daquelas mulheres que não conseguem ir ao hospital. As meninas que ficam grávidas cedo, com 15, 16 anos mando para o hospital porque ainda são muito novas, as mulheres já muito adultas que ficam grávidas também mando para o hospital, mesmo aquelas com anemia também tem que ir ao hospital. Também ensino as mulheres a fazerem papas enriquecidas para fortificar o corpo durante a gravidez e

¹⁰ Os Agentes Comunitários de Saúde são pessoas da comunidade que tem a responsabilidade de mobilizar e sensibilizar a comunidade. Em alguns casos recebem treinamento básico sobre medicina preventiva de nível primário (educação e promoção de saúde). Em alguns casos as parteiras tradicionais podem ser simultaneamente ACS's.

aconselho que não pode fazer trabalhos pesados principalmente a partir dos 7 meses” (Parteira Tradicional, Mossuril, Entrevista Individual).

5.1.1.5 RELAÇÃO ENTRE A COMUNIDADE, ESCOLA E SAÚDE

No que diz respeito a relação existente entre as três esferas consideradas para a educação nomeadamente a comunidade, a escola e a saúde, ainda que não de forma consistente e estruturada é possível encontrar pontos de encontro, principalmente, em alguns aspectos ligados aos cuidados a ter com a gravidez entre o sector de saúde e a comunidade. O relacionamento entre a comunidade e a escola revela-se fraco, não havendo um diálogo entre estes dois espaços relativamente a educação sobre SSR.

5.1.1.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

Os serviços de saúde disponíveis na comunidade são: a educação e promoção de saúde via cantos de aconselhamento, parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional, aconselhamentos por ACS's e activistas de SSR.

5.1.1.7 PAPEL DOS PAIS NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

Na componente referente a procura de informação dos pais em relação a aprendizagem adquirida na escola sobre a SSR, de um modo geral, os pais procuram saber muito pouco sobre o que os filhos aprendem na escola. Para além disto, se verifica que os pais pouco procuram saber sobre os conhecimentos que os filhos adquirem sobre SSR na unidade sanitária. Estes factos podem ser reveladores de que, entre pais e filhos, a sexualidade é um assunto pouco abordado.

5.1.1.8 CONHECIMENTOS SOBRE SSR TRANSMITIDOS ENTRE OS JOVENS

Em Ribáuè e Mossuril, as actividades dos jovens, para além da escola, resumem-se na prática de desporto, assistir a filmes e telenovelas, conversas entre amigos. A esta rotina, em Mossuril, acrescenta-se a ida à discoteca aos fins-de-semana e venda de pequenos produtos principalmente na feira comercial que se realiza aos sábados na vila sede do distrito.

Relativamente aos conhecimentos sobre SSR observa-se que apesar de os jovens adquirirem ensinamentos transmitidos pelos mais velhos através dos mecanismos acima referidos, estes conversam entre si e fazem as suas próprias escolhas. Um exemplo claro desta situação está nos relacionamentos múltiplos e co-ocorrentes em que os jovens envolvem-se, contrariando os ensinamentos dos mais velhos. Foi comum ouvir dos rapazes que as suas conversas giram em torno de “*amuelelar*”¹¹ que significa apreciar, gostar, ter vontade de fazer sexo com uma rapariga e a escolha das consideradas “melhores parceiras” e “melhores namoradas”. Relativamente às raparigas, as conversas incidem sobre o início da actividade sexual principalmente incentivadas pelas raparigas “mais experientes”.

No que concerne ao seu comportamento e ao conflito com os mais velhos, os jovens argumentam que os tempos actuais são diferentes dos vividos pelos seus pais mas os filmes e telenovelas não

¹¹ Uma palavra usada e adaptada por empréstimo da língua Macua.

podem ser considerados factores determinantes para o actual comportamento dos jovens pois segundo os depoimentos abaixo.

“Um jovem pode assistir esses filmes e novelas mas não ser influenciado, isso depende de cada um” (Aluno, Mossuril, Grupo Focal).

O discurso recorrente dos rapazes particularmente em Mossuril apregoa que para além da precocidade dos relacionamentos sexuais por parte das raparigas, a existência de uma multiplicidade de parceiros alguns dos quais por questões materiais. Esta realidade em parte representa uma pressão para os rapazes entrarem no mercado de trabalho informal pois têm de satisfazer alguns desejos materiais das suas parceiras sob risco de perdê-las.

“As meninas de hoje começam a namorar muito cedo por causa de dinheiro, uma menina pode ter um namorado confiado e outro que lhe sustenta” (Aluno, Mossuril, Grupo Focal).

“As raparigas de hoje gostam muito de dinheiro e só namoram com rapazes que lhes sustentam por isso você tem que fazer alguma coisa para desenrascar um dinheiro para as vezes comprar qualquer coisa para ela” (Aluno, Mossuril, Grupo Focal).

Este discurso mostra que os jovens envolvem-se em redes sexuais desde muito cedo e estas parcerias múltiplas e concorrente ilustram em parte como tem sido a dinâmica da sexualidade entre os jovens neste distrito.

5.1.1.9 PAPEL DAS ONG's

O papel das ONG's é reduzido, visto existir ao nível dos dois distritos estudados um número pouco significativo de ONG's que trabalha em matérias de SSR. Particularmente no distrito de Ribáuè, existem 3 ONG's que desenvolvem actividades mas não centradas na SSR. A PSI intervém essencialmente através da distribuição do preservativo, a Associação Salama de Saúde Comunitária, desenvolve actividades de educação comunitária virada para a malária e saneamento do meio.

5.1.1.10 POSSÍVEIS CANAIS DE ENTRADA PARA O REFORÇO DE SSR

Decorrente do que referimos acima como possível ponto de entrada para o reforço de educação sobre SSR, o ponto fraco é o reduzido diálogo entre pais e filhos sobre sexualidade. O ponto forte é que já existem os padrinhos, madrinhas, matronas, ACS's e activistas que tem fortes ligações com a comunidade. A partir destes actores podemos introduzir novas temáticas na abordagem de SSR tendo em conta os princípios de equidade de género e novos conhecimentos sobre SSR mais consentâneos com a realidade cultural em referência.

5.1.2 ESCOLA

5.1.2.1 O QUE SE TRANSMITE

De uma forma geral os conteúdos transmitidos na escola incidem sobre o adiamento do início da actividade sexual principalmente antes dos 18 anos, abstinência, gravidez indesejada e temáticas associadas ao HIV e SIDA.

“O uso do preservativo, não adesão ao sexo o mais cedo possível, abstinência e não as gravidezes indesejadas, aconselhamento aos alunos, ter precauções e aderir a testagem. Nos nossos ensinamentos apelamos para os estudantes não ignorarem a informação, a situação actual de HIV, orientamos a crianças para evitar as gravidezes indesejadas e sexo precoce” (Responsável da Educação, Ribáuè, Entrevista Individual).

“A prática do sexo protegido é um dos conteúdos, cuidados a ter em conta com a gravidez, não podem pensar que todos já estão preparados. Falamos de ITS's” (Professor, Mossuril, Entrevista Individual).

5.1.2.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

Ao nível deste contexto de aprendizagem os ensinamentos sobre SSR têm maior visibilidade a partir do ensino secundário pese embora exista o Pacote Básico ao nível do ensino primário. O que justifica esta maior visibilidade de educação sobre SSR neste nível de ensino é o facto de, por um lado, certos currículos na sua estrutura já englobarem parte dos assuntos referentes a esta temática e, por outro lado, porque é a partir deste nível que são implementados os programas específicos para jovens. De uma forma geral o que se transmite incide nas seguintes áreas: gravidez precoce, uso do preservativo, abstinência e ITS e HIV.

Os métodos usados para a transmissão da educação em SSR ao nível da escola são palestras, teatro e torneios desportivos. Os momentos para a efectivação da educação são variados, mas no global resumem-se aos informes na concentração antes do início das aulas, actividades nas salas de aulas ou a contactos individuais, nas turmas e actividades desportivas. Embora a temática sobre SSR faça parte dos temas transversais do currículo de ensino, observa-se que a sua implementação depende mais da iniciativa individual dos professores ou porque passaram por um treinamento sobre SSR.

5.1.2.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES

Nas escolas os principais intervenientes são os professores e activistas dos programas de SSR com papéis e responsabilidades distintas. De acordo com os resultados da pesquisa de campo:

“As palestras são feitas por equipas do Serviço Distrital de Educação Juventude e Tecnologia, técnicos de saúde escolar, nas escolas os professores e activistas responsáveis pela SSR” (Responsável da Educação, Ribáuè, Entrevista Individual).

5.1.2.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

Apesar de cada interveniente ter o seu nível de actuação prévia e claramente definido, os papéis destes intervenientes apresentam muitas similaridades e afinidades não se encontrando, por conseguinte, diferenças significativas. Ao papel pedagógico primário de leccionação dos professores acrescenta-se a responsabilidade de educação e promoção da saúde sexual e reprodutiva. Esta responsabilidade é partilhada pelos alunos activistas cujo nível de actuação é junto dos colegas.

O papel dos alunos activistas é de sensibilizar os colegas para a adopção de medidas preventivas quer das gravidezes indesejadas e precoces quer do HIV e SIDA. Estas acções são feitas com recurso a diversas técnicas como sejam o teatro e o desporto. Estes activistas são alunos voluntários e passam por um processo de treinamento sob responsabilidade da Direcção Provincial da Educação. Regra geral, as actividades são realizadas no recinto escolar e podem ser nos intervalos, nas horas reservadas às reuniões de turma ou na concentração dos alunos em coordenação com o sector pedagógico. Para além de possuir um coordenador entre si, os alunos activistas estão sob responsabilidade do professor activista igualmente treinado em matérias de SSR. De acordo com as entrevistas:

“Nas escolas os professores desempenham o papel de educadores e os activistas são responsáveis pela disseminação de informação, tem a obrigação de disseminar a informação claramente sobre os perigos de SSR. Os professores têm essas responsabilidades porque os alunos precisam de estudar” (Responsável da Educação, Ribáuê, Entrevista Individual).

“O papel dos professores é activo porque nos programas de ensino antes só se falava em Biologia, mas agora fala-se em todos os programas, todas as disciplinas” (Responsável da Educação, Ribáuê, Entrevista Individual).

“O papel dos alunos é de transmitir informação para os colegas, irmãos e outros familiares, partilhar o que se aprende na aula ou na escola. (Aluno, Mossuril, Grupo Focal).

Na escola não existe uma diferenciação no que tange aos canais e momentos de educação (como acontece na comunidade), uma vez que na escola predomina a simultaneidade no momento educativo e a transversalidade dos temas, sem distinção em termos de enfoque.

5.1.2.5 RELAÇÃO ENTRE A ESCOLA, COMUNIDADE E SAÚDE

No que diz respeito a relação da escola com a comunidade, no geral, tem estado de forma gradual a evoluir quer por via dos conselhos de escola, quer por via do diálogo com as autoridades locais. Um dos momentos marcantes deste relacionamento é referente a coordenação já existente, no que se refere a definição do período para a realização dos ritos de iniciação e a realização dos exames escolares. Conforme atesta o resultado das entrevistas:

“(...) nos tempos não conheciam o calendário escolar, os ritos de iniciação eram feitos nas vésperas dos exames, houve um acordo com os encarregados para encontrar outro

período para não chocar com a época entre os exames e os ritos de iniciação. Hoje estes são realizados em Dezembro/Janeiro após os exames” (Responsável da Educação, Ribáuè, Entrevista Individual).

Ainda no âmbito da relação entre a escola e comunidade verifica-se por outro lado, um esforço para uma integração dos saberes dos dois universos, ainda que de forma incipiente. O que ainda se constata é a existência de uma persistente ruptura entre um universo educacional e o outro, Esta ruptura resulta do facto de a educação tradicional não encontrar a continuidade necessária ao nível da educação formal, embora esta última, em alguns momentos enquanto um dos responsáveis pela socialização secundária, complemente os ensinamentos trazidos da comunidade.

“(...) não falamos de forma isolada, aproveitamos o que os alunos trazem da comunidade para a escola. Geralmente trazem informação sobre os ritos de iniciação ou outras informações da comunidade, aqui quase todos os rapazes já passaram pelos ritos de iniciação, para as raparigas é diferente porque depende da primeira menstruação. Até a 7ª. Classe fala-se dos aspectos positivos e negativos dos ritos de iniciação na escola” (Professor, Ribáuè, Entrevista Individual).

No tocante a relação da escola com os serviços de saúde o hiato parece ser ainda maior. A distância entre estes dois universos é clara, e a avaliar pela ausência de parte a parte de acções específicas para trabalho conjunto entre estes sectores leva-nos a concluir que se não se encontrarem formas concretas de relacionamento este vazio poderá perdurar por mais tempo.

5.1.2.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

Os serviços de saúde disponíveis nas escolas ao nível da província de Nampula são a educação e promoção de saúde via Programa Geração Biz e outras acções no âmbito da saúde escolar e saneamento do meio.

5.1.2.7 O PAPEL DOS PAIS NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

Como forma de articulação entre os pais, alunos e escola os dados recolhidos pelas entrevistas individuais e grupos focais revelam que os pais não usam as oportunidades existentes para dialogar com a escola pese embora existam os Conselhos de Escola. Por outro lado se depreende que os pais não procuram saber o que os filhos aprendem na escola.

5.1.2.8 CONHECIMENTOS SOBRE SSR TRANSMITIDOS ENTRE JOVENS

O que os jovens aprendem na escola ou se ensinam entre si é resultado das capacitações dos programas de SSR existentes no sector de educação ao nível das escolas secundárias e em grande medida circunscrevem-se ao uso do preservativo, ITS, HIV e SIDA prevenção de gravidezes precoces, entre outros.

5.1.2.9 PAPEL DAS ONG's

Ao nível das escolas, assim como na comunidade, regista-se um fraco, ou quase nulo, envolvimento das ONG's que intervêm na área de SSR.

5.1.3 UNIDADE SANITÁRIA

5.1.3.1 O QUE SE TRANSMITE

Neste contexto de aprendizagem a tendência dos ensinamentos sobre SSR estarem mais centralizados para a mulher e pouca ênfase para os homens continua a verificar-se. Este aspecto é reforçado pelo facto dos assuntos desta temática serem da responsabilidade em primeira instância das enfermeiras de Saúde Materno Infantil (SMI).

“SSR são prestados às mulheres nas Consultas Pré-Natal (CPN), Planeamento Familiar (PF), genecologia, consulta de alto risco obstétrico – ARO. Não há serviços específicos para os homens, vão as consultas externas e triagem normal” (Médica chefe, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Aqui nós fazemos CPN e consultas pós-natal, distribuímos o preservativo, assistimos partos mas o nosso espaço é muito pequeno por isso não podemos prestar muitos serviços (Enfermeira de SMI, Mossuril, Entrevista Individual).

5.1.3.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

Ao nível desta esfera educativa, o período dos ensinamentos está confinado às CPN, brigadas móveis e campanhas periódicas de educação sanitária nas comunidades. Ainda assim, os ensinamentos resumem-se na adesão ao planeamento familiar, partos institucionais e ao uso do preservativo. De uma forma geral os ensinamentos enquadram-se na perspectiva da maternidade segura e controle da natalidade e redução do risco de infecção pelo HIV.

“Ensinamos a fazer o planeamento familiar e não conceber cedo por causa dos problemas que podem surgir, em caso de ITS vir mais cedo ao tratamento, os perigos de gravidezes sem o devido espaçamento, também fazemos demonstração do uso do preservativo e falamos de contraceptivos no geral” (Enfermeira de SMI, Ribáuè, Entrevista Individual).

Esta educação é feita basicamente com recurso a uma abordagem clínica que se alicerçam em consultas médicas.

“Para as mulheres faz-se consultas pré-natais e planeamento familiar. Os homens acompanham as mulheres e alguns se beneficiam quando as mulheres fazem exames laboratoriais. Não há serviços específicos para os homens, eles vão à consulta normal, usamos o Álbum seriado, palestras e outros materiais. Nas Palestras falamos de ITS, o uso do preservativo, HIV, partos institucionais, PF, consulta de ARO, mas basta falar de cesariana já não voltam a US” (médica chefe, Ribáuè).

5.1.3.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES

Os principais intervenientes neste processo educativo são as enfermeiras de SMI e médicos. As enfermeiras de SMI são responsáveis pelas consultas pré-natais, planeamento familiar enquanto os médicos são responsáveis pelas consultas entre outras de Alto Risco Obstétrico – ARO.

5.1.3.4 RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE, COMUNIDADE E ESCOLA

A relação entre a Saúde e a comunidade é mais visível contrariamente a relação com a escola.

Com a comunidade no geral,

“Existe interligação, o que tenho visto por exemplo no PTV trazem muitas dúvidas que procuram perceber o que significa que possuem algum conhecimento” (Enfermeira de SMI, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Há trabalho com os ACS’s, muitas senhoras já trazem guias de referência destes quando vem para o hospital. Em relação aos ensinamentos dos ritos de iniciação é difícil” (Enfermeira de SMI, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Sempre que fazemos actividades nas comunidades nos apresentamos a eles, brigadas móveis são feitas sempre com a colaboração dos chefes tradicionais” (Médica chefe, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Temos uma parceria com a comunidade através das parteiras tradicionais que encaminham as mulheres grávidas ao hospital. Se andar aqui pelos corredores, há-de encontrar uma parteira que trabalha aqui connosco” (Médica, Mossuril, Entrevista Individual).

5.1.3.5 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

No que se refere aos serviços de saúde disponíveis o destaque vai para as CPN e as consultas normais. Em Mossuril, particularmente, iniciou recentemente o SAAJ, um serviço de SSR virado essencialmente para os adolescentes e jovens.

“(...) CPN tem grande afluência, mas os partos institucionais são reduzidos. Muitos partos ocorrem fora das unidades sanitárias, as populações percorrem longas distâncias para fazer partos nas unidades sanitárias (...) há muitas cesarianas de emergência, são frequentes em média 6 a 7 cesarianas por semana transferidas da periferia mas por vezes o número aumenta (...) Contraceptivos não há falta até agora, preservativo é pouco procurado” (Médica chefe, Ribáuè, Entrevista Individual).

“Em Janeiro começamos com o serviço de SAAJ a até ao momento atendi cerca de 8 jovens e a maioria são do sexo feminino, vinham mais para tirar dúvidas e levar preservativo” (Enfermeira, Mossuril, Entrevista Individual).

5.2 CARACTERÍSTICAS RELATIVAS A EDUCAÇÃO SOBRE SSR EM NHAMATANDA

5.2.1 COMUNIDADE

5.2.1.1 O QUE SE TRANSMITE

Em Nhamatanda a pesquisa constatou que a transmissão de ensinamentos sobre SSR é feita com base na diferenciação em termos de género, o que equivale a dizer que existem ensinamentos reservados única e exclusivamente para as mulheres e outros para os homens. Dentre os vários aspectos abrangidos na educação destaque vai para a necessidade do início tardio das relações sexuais, ciclo menstrual, cuidados com gravidez, parto, aborto e cuidados que a mulher deve ter com o próprio corpo, incluindo o alongamento dos lábios vaginais.

A educação em Nhamatanda de um modo geral é mais direccionada para as mulheres do que para os homens. As mulheres são ensinadas sobre a higiene principalmente durante o período menstrual e a manter a descrição sobre o estado em que se encontram. Quanto a actividade sexual, os ensinamentos incidem sobre as técnicas que a mulher pode usar para proporcionar prazer ao homem através do uso de missangas nas ancas, os movimentos durante o acto sexual, bem como fazer “mathuna” ou “matindje” (alongamentos dos lábios vaginais) por um período de 2 a 3 meses até atingir o tamanho considerado ideal.

A presença das missangas nas ancas da mulher é vista como um complemento que evidencia a postura feminina durante os momentos que antecedem o acto sexual. A título de exemplo durante as danças típicas destes momentos as missangas produzem uma sonoridade que é considerada inspiradora, motivadora e provocadora da erecção masculina. Por sua vez o alongamento dos lábios vaginais é vista como um elemento fulcral para a conquista do homem e importante condimento que o impeça de procurar outros relacionamentos sexuais.

Portanto o alongamento dos lábios vaginais tem dupla função, uma estética e uma “ética”. Estética porque faz parte do conjunto de elementos constitutivos da considerada mulher completa, ética porque faz parte dos mecanismos que podem contribuir para regular e controlar a sexualidade masculina.

“...Ensinamos a elas a fazer mathuna nas horas livres como mecanismo de atracção do homem. A mathuna faz-se com base no óleo de cozinha aquecido depois de arrefecer ou creme. Põe-se este creme na garrafa e depois a menina vai tirando e esfrega na palma da mão e vai esticando os lábios vaginal durante o período de até três meses, até os lábios vaginais ficarem grandes e estarem na posição de “mathuna”...” (Madrinha dos ritos de iniciação, Nhamatanda, Entrevista Colectiva).

No tocante a gravidez são transmitidos conhecimentos sobre o vestuário adequado a usar neste período para permitir uma gravidez saudável. Esta educação inclui também proibições e permissões associadas por exemplo a práticas de relações sexuais sobretudo a partir dos 7 meses, realização de trabalhos pesados. As proibições incluem ainda o consumo de “estofo” (areia amarela) para evitar os enjoos.

O período pós-parto é marcado por permissões e proibições que incluem entre outros a não realização de práticas sexuais, bem como a observância de alguns cuidados tais como as massagens com recurso a água quente por via duma mulher idosa e a amamentação do bebé.

Na percepção da comunidade o aborto faz parte do conjunto das práticas repudiáveis por essa razão a mulher é ensinada a não praticá-lo e em caso de ocorrência culturalmente é recomendada a tratar-se “tradicionalmente” através de cerimónia de “pitakufa” ou “pitamadwade” que consiste na purificação da mulher através do acto sexual. Após o aborto observa-se também a proibição da prática de relações sexuais até que a mulher esteja curada dos possíveis problemas que possam existir depois de um aborto.

A educação dos homens incide sobre a construção da masculinidade que inclui a procriação de modo a dar continuidade do nome da família, o sustento da família, a conquista de mulheres e a testar a sua virilidade através de relações sexuais e ou masturbação.

5.2.1.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

A educação sobre SSR para as raparigas é através dos ritos de iniciação que constituem um momento privilegiado para transmissão dos ensinamentos. Embora certos segmentos populacionais de Nhamatanda continuem com esta prática de uma forma geral tem estado a decrescer a sua frequência. Uma das razões para este decréscimo prende-se com o facto de, em várias famílias este momento não ser considerado condição imprescindível de passagem para construção da maioridade cultural. Existem mulheres que, por exemplo, aprendem com as mais velhas ou com amigas e fazem alongamentos dos lábios vaginais e se lhes reconhece prontidão para o casamento e reprodução sem terem necessariamente passado pelos ritos de iniciação.

Para os rapazes o momento de educação é menos rigoroso, ou seja, não existe uma ocasião específica diferentemente das raparigas que o momento está identificado com o início do primeiro ciclo menstrual, podendo este momento ser por via de conversas “informais”, isto é, que ocorrem de forma esporádica. Para além disto, a circuncisão não constitui uma prática comum em Nhamatanda e nem constitui um mecanismo de identificação da masculinidade do homem.

As outras formas de transmissão de educação sobre SSR são as cerimónias tradicionais realizadas pelos praticantes da medicina tradicional, idosos, líderes religiosos e comunitários, pais e encarregados. A igreja também constitui outro mecanismo de transmissão de conhecimentos e geralmente acontece por via de orações e conselhos sobre o bom comportamento.

A educação sobre SSR é transmitida nas fases da puberdade e da adolescência. No geral consiste na faixa etária entre os 11 a 16 anos tanto para rapazes assim como para as raparigas. Durante as restantes fases da vida também são transmitidos conhecimentos mas não de forma sistemática, uma vez que se assume que já possuem um domínio sobre esta matéria e controle sobre a sua sexualidade.

“...As menina entram nos ritos de iniciação com 11, 12 ou 13 anos. Mas o critério mais usado é dos sinais que o corpo da menina apresenta...” (Madrinha dos ritos de iniciação, Nhamatanda, Entrevista Individual).

"...Esses tipos de ensinamentos que são transmitidos na comunidade são feitos quase em todas fases da vida, só que a mensagem varia de idade para idade, cada geração tem uma mensagem específica..." (Encarregada de Educação, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.1.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

Os principais intervenientes no processo de transmissão de conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva em Nhamatanda são, principalmente, os avôs e ou tios paternos para os rapazes e avós e tias paternas para raparigas. Há também outros intervenientes complementares no processo educativo a saber: idosos, líderes comunitários, curandeiros/as, parteiras tradicionais, as madrinhas dos ritos de iniciação e as mães e pais dos rapazes e raparigas. Relativamente aos pais o seu papel é esporádico e residual, acontecendo que em alguns momentos podem aconselhar os filhos mas dependendo de família para família.

5.2.1.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

Os avôs, as avós, tios paternos e tias paternas têm um papel central e indispensável neste processo ao mesmo tempo que são responsáveis por falar com os netos e as netas sobre a fase da vida que estão a atingir. Após o início da menstruação os avôs, avós, tios paternos e tias paternas educam sobre os cuidados que a rapariga deve ter com a menstruação. Também fazem o teste de virgindade das suas netas, usando medicamentos tradicionais e dão conselhos aos pais sobre o momento ideal para o casamento das netas e participam na sugestão do possível marido.

"...Quando uma mãe vê que sua filha já está quase a donzelar avisa o marido e depois os dois decidem levar a miúda para a casa dos avós ou mesmo para os ritos iniciação de modo a saber ensinamentos sobre atitudes e comportamentos que deve ter ..." (Aluna, Nhamatanda, Entrevista Individual).

A educação dos rapazes também cabe aos idosos. O teste de virilidade embora se verifique não é uma prática corrente que se verifica em todos responsáveis de educação sobre SSR. Porém, quando ela ocorre, ainda que de forma esporádica, é caracterizada por conversas informais onde se procura saber se o rapaz já teve sonhos molhados, se já apreciou uma mulher e se já fez relações sexuais. Em caso negativo, incentiva-se ao rapaz atitudes e comportamentos que orientem para o exercício da sexualidade. A educação das mulheres é mais no sentido de elas saberem proporcionar prazer sexual ao homem e a saber "manipular" a multiplicidade de papéis sociais que lhe esperam enquanto mulher, mãe e esposa.

Os líderes comunitários e os praticantes da medicina tradicional são responsáveis por resolver problemas relacionados com a SSR. Em caso de aborto, cabe a estes intervenientes com o consentimento dos pais, procurar saber dos motivos que levaram a rapariga a tomar tal atitude.

"...Quando eles chegam aqui ou eu vou onde eles estão, eu só pergunto qual é o problema deles e de acordo com isso eu digo se posso fazer e marco o preço. Mas para isso temos que conversar com o paciente e o paciente as vezes explica um pouco a vida dele e como surgiu o problema que ele tem..." (Médica Tradicional, Nhamatanda, Entrevista Individual).

As parteiras e as madrinhas dos ritos de iniciação femininos são responsáveis por aconselhar sobre o “bom” comportamento da mulher no lar e na sociedade. São também responsáveis por ensinar as “artes” da sedução e de conquista, bem como sobre a beleza e indumentária adequada.

As mães e os pais embora façam parte do conjunto dos intervenientes no processo educativo, a sua participação é mais genérica e com uma certa ausência no que toca a discussão sobre SSR. O diálogo com os filhos geralmente é raro e quando existe é muito superficial. Isto é revelador de que a abordagem da sexualidade entre pais e filhos continua ao nível dos aspectos evitáveis marcados por um profundo secretismo.

“...falam as mães indicadas ou que tenham experiências para questões de grávidas, abortos, partos, menstruações e outras coisas relacionadas com saúde das meninas da comunidade... os líderes comunitários também falam mas estes sempre falam com autoridade, eles dizem como os jovens devem se comportar... dizem que sexo é proibido e não deve ser praticado pelas meninas e meninos crianças mas ao mesmo tempo fazem pitakufa ou aquelas cerimónias as vezes com essas crianças consideradas meninas e que são proibidas de levar uma vida sexualmente activa...” (encarregada de educação, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.1.5 RELAÇÃO ENTRE A COMUNIDADE, ESCOLA E UNIDADE SANITÁRIA

A relação entre estas três esferas educativas não se faz sentir ao nível da comunidade, o que pode ser revelador de uma conflitualidade latente entre a tradição e a modernidade. Apenas em alguns momentos o PGB tem realizado palestras nas escolas com a participação dos membros da comunidade.

“... O que ensinamos na tradição, alguns aspectos são transmitidos e discutidos na escola, mas nunca relacionamo-nos com ele...” (Encarregada de Educação, Nhamatanda, Entrevista Colectiva).

5.2.1.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

A comunidade tem disponíveis os seguintes serviços de saúde sobre SSR: a medicina tradicional que trata casos de sífilis e gonorreia através de plantas medicinais e o tratamento de tuberculose, resultante da exposição da mulher que abortou e que não realizou a cerimónia de “pitakufa”. As parteiras tradicionais também têm um papel importante no controlo da gravidez e em casos de aborto. Os outros serviços disponibilizados pelo Estado na comunidade são os cantos de aconselhamento, operados pelos activistas de SSR e pelos ACS's.

Pode-se depreender do que foi acima referido que existe uma simultaneidade na procura dos cuidados de saúde, contudo a primazia de um sobre outro sistema é culturalmente condicionada, ou seja, as escolhas não dependem necessariamente da disponibilidade ou não dos cuidados formais, mas existem outros factores ligados as representações sociais sobre a saúde e doença que condicionam onde e quando procurar os cuidados de saúde, dentre os quais, religião, crenças, experiências anteriores de sucesso ou de insucesso.

5.2.1.7 O PAPEL DOS PAIS NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

Os pais poucas vezes usam as oportunidades que existem para dialogarem com a escola. Observa-se que estes (os pais) pouco ou nada sabem sobre o que é dito na escola aos seus filhos relativamente a educação sobre SSR. As pequenas oportunidades surgem quando em alguns momentos os filhos precisam de uma explicação sobre SSR por parte dos pais.

"...eu sou encarregado de educação mas ainda não me chamaram para falar sobre questão de educação sexual dos nossos filhos..." (Encarregado de Educação, Nhamatanda, Entrevista Individual).

Outra das razões que pode contribuir para o pouco interesse dos pais pela educação que os seus filhos recebem na escola está relacionado com as hierarquias que se estabelecem e conflitos que se verificam entre os saberes tradicionais e formais:

"...A escola as vezes diz que os encarregados são renitentes e não querem o bem dos filhos. Isso não é verdade porque todos queremos futuro melhor para os nossos filhos, só que eles é que não procuram entender a nossa parte. Então esse conflito pode ser ultrapassado quando eles começarem a respeitar os nossos desejos..." (Encarregados de Educação, Nhamatanda, Entrevista Colectiva).

5.2.1.8 CONHECIMENTOS SOBRE SSR TRANSMITIDOS ENTRE OS JOVENS

Em Nhamatanda foi possível observar que os jovens discutem muito sobre aspectos relacionados a SSR. As conversas giram em torno da conquista e sedução de uma mulher e quais as que podem ser seduzidas. Os jovens estão conscientes da "prostituição" que ocorre no distrito e discutem também sobre o assunto. Há referência de relacionamentos ocasionais com "prostitutas" como forma de "relaxamento", apesar de não ter sido mencionado o uso do preservativo ou de uma outra forma de prevenção do HIV e SIDA ou de outras doenças sexualmente transmissíveis. As conversas apresentam contornos de afirmação de identidade e da masculinidade. Os rapazes que não se envolvem em relacionamentos com as "prostitutas" são considerados como não tendo potência e não sendo "machos" de verdade. Relativamente aos relacionamentos "mais sérios" os diálogos giram em torno da escolha e preferência pelas jovens que pertencem a "boa família", beleza e indumentária.

Por outro lado as jovens discutem sobre o homem ideal para o namoro e para "sacar cenas". Uma das condições e aspectos de ponderação na escolha do namorado é o facto do homem para namoro ter que ser estudante e de uma família estável que possa inspirar um futuro promissor para a jovem e o homem para "sacar cenas" pode ser "qualquer " desde momento que consiga pagar as despesas e desejos da jovem.

Outro aspecto bastante discutido entre as jovens é a beleza e a mulher mais cobiçada por isso entre elas ensinam-se artifícios para atrair e seduzir o homem como por exemplo a manipulação dos lábios vaginais com recurso à uma planta de modo a que a jovem pareça virgem, a realização do alongamento dos lábios vaginais e o uso das missangas para proporcionar mais prazer ao homem.

5.2.1.9 PAPEL DAS ONG's

A Health Alliance International (HAI) é uma das ONG's que trabalha na área de SSR em Nhamatanda, contudo este trabalho é ao nível da unidade sanitária e circunscreve-se ao financiamento de actividade de formação de activistas do SSAJ local e compra de equipamento ao nível do SDSMAS.

5.2.1.10 POSSÍVEIS CANAIS DE ENTRADA PARA O REFORÇO DE SSR

Os tios, avós e madrinhas constituem os possíveis pontos de entrada e reforço de educação sobre SSR porque entre estes actores sociais e os jovens já existe um diálogo e um papel de relevo no processo educativo.

5.2.2 ESCOLA

5.2.2.1 O QUE SE TRANSMITE

Na escola, o PGB através dos activistas transmite conhecimento sobre SSR relacionados ao período menstrual, gravidez, aborto, vida sexual (abstinência e não prática de relações sexuais em troca de valores monetários). Sobre o período menstrual, as raparigas recebem educação sobre os cuidados a ter nesta fase, incluindo a proibição da prática de relações sexuais com o objectivo de evitar doenças sexualmente transmissíveis principalmente sem o uso do preservativo. Relativamente à menstruação, incentiva-se também o uso do preservativo de modo a evitar a gravidez, ITS e a abstenção.

Sobre a gravidez, a escola ensina os cuidados a ter durante este período, nomeadamente: o repouso e evitar fazer trabalhos pesados. A educação sobre a gravidez também reflecte a culpabilização da rapariga através da proibição para frequentar o curso diurno, passando a rapariga para o nocturno de modo a “não dar o mau exemplo as outras raparigas”.

Em caso de ocorrência de aborto, chama-se o encarregado de educação e a instituição de ensino aconselha a rapariga a dirigir-se a unidade sanitária mais próxima e a evitar o tratamento tradicional.

Aos rapazes, a educação também abarca temáticas sobre prevenção através do uso do preservativo e quando mais novos a abstinência. Tanto os rapazes como as raparigas recebem conselhos sobre a necessidade e importância de prepararem o seu futuro antes de assumirem o papel de pais ou de mães. Relativamente ao relacionamento entre pais e filhos, a escola encoraja os alunos para que tenham um diálogo aberto com os seus pais sobre SSR.

Em relação aos rapazes e raparigas que já tem uma vida sexual activa, a instituição incentiva sobre a prevenção da gravidez indesejada e de ITS, por via das palestras e debates.

*“...Na escola aprendemos sobre como usar o preservativo, como praticar a abstinência, como tratar do nosso corpo, como evitar as doenças de transmissão sexual e as ITS...”
(Aluna, Nhamatanda, Entrevista Individual).*

5.2.2.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

A transmissão de conhecimentos passa-se através de palestras, peças teatrais, aconselhamentos e debates principalmente durante o intervalo maior no pátio da escola. Contudo importa frisar que esta actividade revela-se ineficaz pois neste período a concentração dos alunos é bastante fraca, resultando muitas vezes em abandono. O período de aulas (aulas de Biologia e Educação Cívica e Moral) é aproveitado pelos professores de forma transversal para transmitir informação sobre SSR aos alunos através do diálogo entre professor e alunos, conforme indicam os entrevistados:

"...Os métodos usados são através de peças teatrais, palestras, filmes, cantos de aconselhamentos e outros meios de diálogo..." (Aluno, Nhamatanda, Entrevista Individual).

"...Os métodos são as palestras, as aulas, os debates. Todos esses momentos são acompanhados de panfletos que vem com explicação dessas coisas todas..." (Aluna, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.2.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

Os principais intervenientes na escola são os alunos activistas do PGB e professores. No caso particular da EPC de Macorrococho além do PGB temos o núcleo de combate ao HIV e SIDA. Este núcleo é liderado por activistas que também são professores, para além dos educadores de pares que são os adolescentes e jovens alunos da escola.

"...São os professores, os educadores de pares, activistas, profissionais de saúde..." (Reponsavel Distrital de SSR ao nível da Educação, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.2.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

Os activistas do PGB são responsáveis por mostrar aos alunos os mecanismos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e são responsáveis pela educação cívica dos alunos no que respeita a boa conduta e prática sexual.

Os educadores de pares são responsáveis por transmitir a sua experiência como alunos e jovens que levam uma vida sexual e reprodutiva controlada e positiva, incentivando a abstinência ou ao uso do preservativo na relação sexual, assim como a fidelidade. São responsáveis igualmente por incentivar práticas e atitudes socialmente aceites na comunidade escolar.

"...O papel da escola e dos professores é de mitigar questões relacionados com saúde sexual e reprodutiva, questões de aborto e de gravidezes precoces, educam e explicam aos alunos como ter uma sexualidade saudável sem necessariamente fazer sexo e engravidar antes da idade aceitável..." (Responsável Distrital de SSR ao nível da Educação, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.2.5 RELAÇÃO ENTRE A ESCOLA, COMUNIDADE E UNIDADE SANITÁRIA

Existe uma relação entre a escola e a comunidade, embora fraca. Apenas em alguns momentos quando os encarregados são convocados às reuniões de turma estes recebem alguma informação relacionada com SSR dos seus educandos. Verifica-se também uma relação conflitual entre a escola e a comunidade porque se por um lado a escola recomenda e sensibiliza o uso do preservativo nas relações sexuais como mecanismo de prevenção das ITS, por outro lado a comunidade nos seus ensinamentos desencoraja o uso de preservativo e valoriza a abstenção e a fidelidade como mecanismos de prevenção a doenças de transmissão sexual.

Com as unidades sanitárias há uma relação de parceria e de complementaridade na educação sobre SSR. Os profissionais de saúde realizam palestras nas escolas e fazem a divulgação dos serviços que a saúde dispõe para questões sobre SSR.

5.2.2.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

A escola tem como serviços disponíveis, o canto de aconselhamento na Secundária e Pré-Universitária de Nhamatanda, o Núcleo de Combate ao HIV e SIDA da EPC de Macorococho. Nas escolas primárias é implementado o Pacote Básico.

"...Temos colaboração e ajuda da Geração Biz nesse processo todo e só serve para as escolas secundárias e nas escolas primárias temos pacotes básicos que são falados nas escolas primárias..." (Responsável Distrital de SSR, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.2.7 O PAPEL DOS PAIS NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

De uma forma geral os pais pouco tem aproveitado as oportunidades para dialogar com a escola, bem como para saber dos seus filhos sobre a educação que estes recebem na escola.

"...Procuram sim. Só que o mais frequente é que as pessoas quando tem um problema procuram estes serviços e quando está tudo bem já não procuram. Quando se trata de ir buscar somente a informação ninguém vai a busca dessas informações, mas quando tem algum problema ou uma inquietação vão atrás desses serviços..." (Encarregado de Educação, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.2.8 PAPEL DAS ONG's

Em Nhamatanda verifica-se também uma fraca presença e desempenho das ONG's nas escolas no que toca a educação sobre SSR. Foi mencionada apenas a realização de formações para os activistas da escola.

"...A HAI deu-nos uma formação e alguma ajuda para o nosso grupo teatral mas já passa muito tempo..." (Activista, Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.2.3 UNIDADE SANITÁRIA

5.2.3.1 O QUE SE TRANSMITE

Ao nível das unidades sanitárias ensina-se que as mulheres devem começar a ter uma vida sexual activa no mínimo com 18 anos porque o corpo já está fisiologicamente preparado para tal. As proibições também são referidas como a não prática de relações sexuais durante o período menstrual, o uso do preservativo para prevenir a gravidez indesejada e o controlo da natalidade através do planeamento familiar. Relativamente ao aborto a unidade sanitária desencoraja a sua prática.

Em caso de gravidez, as mulheres são incentivadas a fazer o teste de HIV e ensinadas sobre os cuidados a ter com a alimentação, bem como a evitar a realização de trabalhos pesados. A unidade sanitária desencoraja a mulher grávida a procurar tratamento tradicional durante a gravidez porque é ineficaz e inseguro. Após o parto as mulheres recebem recomendações relativas ao controlo pós-natal e sobre importância do leite materno para o bebé durante os primeiros 6 meses de vida.

"...Para as mulheres fazemos as consultas pré-natais, fazemos consultas de ginecologia, planeamento familiar e damos vacinas regulares como os de anticonceptivo e outras vacinas para proteger a mulher e garantir a boa saúde delas. Para os homens só fazemos consultas de ITS..." (Responsável Distrital de SSR, Nhamatanda, Entrevista Individual).

No caso dos homens, estes são ensinados a fazer teste e a procurar os serviços de saúde em caso de anomalia nos órgãos sexuais. Incentiva-se também o tratamento das ITS de modo a evitar a infertilidade.

5.2.3.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

Ao nível desta esfera educativa, os mecanismos usados são os encontros entre o pessoal de saúde e a comunidade. Actividades de IEC como apresentação de filmes constituem outro mecanismo difundido na comunidade.

"...São as palestras, debates e reuniões que são realizadas nas comunidades e nas escolas. Também fazemos através de diálogo com os jovens do SAAJ. Usamos os panfletos que explica como deve se tratar uma rapariga e rapaz adolescente, usamos também vídeos que falam sobre HIV e SIDA, estes vídeos são projectados aqui no salão da SAAJ e os jovens vem assistir e outros mecanismos também..." (Responsável Distrital pela SSR, Nhamatanda, Entrevista Individual).

Os momentos em que a mulher desloca-se a unidade sanitária quer seja para o planeamento familiar, CPN, consulta pós-parto, ou quando procuram aconselhamento, também são aproveitados para sensibilizá-la sobre SSR.

5.2.3.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES

Os intervenientes principais são os provedores de saúde, a responsável pela saúde sexual e reprodutiva ao nível do distrito, os activistas do SAAJ, as parteiras e profissionais de saúde do sector da maternidade e especialistas de SMI.

5.2.3.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

Os provedores de saúde têm a função de educar toda a comunidade com incidência para os jovens sobre SSR. Estes profissionais mostram as vantagens que existem em ter uma vida regrada e protegida. Também cabe a estes intervenientes divulgar os serviços de saúde disponíveis.

"...Provedores são responsáveis por atender os jovens e os problemas que eles têm, também fazem o acompanhamento dos jovens em termos de educação, aconselhamento e tratamento em caso de doenças relacionados com sexo..." (Responsável Distrital pela SSR, Nhamatanda, Entrevista Individual).

A responsável pela SSR ao nível da comunidade tem a função de coordenar e dirigir as actividades dos profissionais de saúde no que se refere a SSR, também integra a brigada móvel da saúde e faz palestras e debates sobre SSR.

As parteiras tradicionais e formadas pela unidade sanitária são responsáveis por conversar com as mães sobre a importância do planeamento familiar, uso de anticonceptivos para evitar grávides indesejadas e abortos.

5.2.3.5 RELAÇÃO ENTRE UNIDADE SANITÁRIA, COMUNIDADE E ESCOLA

A relação entre a unidade sanitária e comunidade ainda é fraca apesar de em alguns pontos do distrito existirem por exemplo parteiras tradicionais formadas pela unidade sanitária e que trabalham em colaboração com a instituição. Verifica-se uma contradição entre a educação transmitida sobre SSR na comunidade e a que é transmitida pela unidade sanitária. Igualmente ao referido nos anteriores sites, verifica-se um vazio comunicacional entre estas duas esferas educativas.

"...Não existe nenhuma relação e nenhuma colaboração. Porque se existisse acho que esses tipos de aspecto que falamos agora não teriam acontecido, os métodos que eles usam seriam diferentes e estaríamos a fazer a mesma educação seguindo os mesmos preceitos ou directrizes..." (Chefes tradicionais, Nhamatanda, Entrevista Colectiva).

Há uma colaboração entre a unidade sanitária e a escola visto que a mensagem que se transmite ao nível da escola e ao nível da unidade sanitária é a mesma e assenta sob os mesmos princípios. Se por um lado a unidade sanitária aconselha a prática de sexo com preservativo a educação reitera o mesmo ponto. Muitas actividades sobre SSR por parte da unidade sanitária têm como grupo alvo as escolas.

5.2.3.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

Ao nível do distrito de Nhamatanda estão disponíveis os serviços de atendimento e testagem voluntária, planeamento familiar e tratamento de ITS. Para os jovens está disponível o SAAJ.

"...Para as mulheres temos métodos anticoncepcionais, cercalagem, dispositivo intra-uterino que protege a mulher contra a gravidez, pílulas injectáveis e de comprimidos enquanto para os homens temos preservativos, para as mulheres temos a brigada móvel que além de passar de localidade em localidade a vacinar as crianças e a sensibilizar sobre as doenças sexualmente transmissíveis, integram pessoal da saúde que falam sobre a saúde sexual e reprodutiva e ao mesmo tempo aconselham as senhoras a irem as unidades sanitárias fazerem o teste..." (Directora de Hospital Rural de Nhamatanda, Entrevista Individual).

5.3 CARACTERÍSTICAS RELATIVAS A EDUCAÇÃO SOBRE SSR EM ZAVALA

5.3.1 COMUNIDADE

Ao nível de Zavala, a pesquisa depreendeu que a educação sobre SSR que se transmite é baseada na diferenciação do género, faz parte dos aspectos pouco discutidos e quando acontece é de forma "fechada" e com recursos a tabus no sentido de fortificar os mecanismos de controlo da sexualidade. Desta feita se constatou que os ensinamentos na comunidade incidem mais para as raparigas do que os rapazes. Esta situação revela a forma como são percebidas e interpretadas as expectativas sociais do ser homem ou ser mulher, onde a primeira categoria (ser homem) é por si só auto-suficiente enquanto ser mulher precisa necessariamente de uma aprendizagem social e requer mecanismos de controlo mais rígidos.

5.3.1.1 O QUE SE TRANSMITE

A pesquisa pôde constatar uma prática discursiva dos entrevistados que referem o início da actividade sexual tanto pelas meninas assim como pelos rapazes, depois dos 18 anos de idade porque a vida sexual significa crescimento e responsabilidade. Contudo importa frisar que as observações feitas permitem contrariar este discurso pois observa-se que as raparigas e rapazes em Zavala iniciam a actividade sexual antes dos 18 anos, havendo muitos casos de gravidezes precoces, bem como de raparigas a estudar no curso nocturno pelo facto de terem-se tornado mães.

A rapariga é ainda ensinada que durante o período menstrual não pode manter relações sexuais com o seu parceiro e deve observar rigorosamente alguns cuidados de higiene de modo que não se perceba que ela se encontra neste estado, isto porque o ciclo menstrual é percebido como sendo uma fase perigosa, fonte de contágio de impurezas.

"Durante o ciclo menstrual a mulher aqui é proibida de manter relações sexuais com qualquer homem porque o homem pode adoecer, apanhar a hérnia ou vomitar sangue. Neste período a mulher pode fazer as suas actividades como cozinhar, mas nos tempos que passaram esta não devia aproximar-se da cozinha. Esta proibição é a mesma quando

a mulher sofre ou faz aborto (...)” (Encarregados de Educação, Zavala, Entrevista Colectiva).

Relativamente a gravidez, existem na comunidade ensinamentos associados a proibições e permissões. Em relação as permissões, a mulher é ensinada que a gravidez é o aparecimento de um novo membro da família o que requer responsabilidade e certos cuidados para um bom desenvolvimento da gravidez até o bebé nascer.

Durante esta fase ela deve ter uma alimentação saudável e a partir do 7º mês está proibida de manter relações sexuais com o seu marido porque, caso contrário, a criança poderá nascer com “sujidade” que constitui uma vergonha quando vista pelo pessoal de saúde. Nesta fase a mulher deve deitar-se de lado e não de barriga para evitar prejudicar a saúde da criança. A mulher grávida é igualmente aconselhada a não relacionar-se sexualmente com vários homens pois a mistura de “sangues” poderá provocar aborto. As proibições estendem-se ainda para a não realização de trabalhos pesados.

“(...) Na gravidez a mulher não pode relacionar-se com homens fora do seu marido porque a mistura de sangue diferente pode desfazer o bebé e sofrer um aborto ou nascer um bebé sem vida” (Encarregados de educação, Zavala, Entrevista Colectiva).

Na comunidade aconselha-se a mulher grávida a ir ao hospital fazer consultas pré-natais como também é aconselhada a ir ao curandeiro para receber tratamentos tradicionais para evitar riscos associados a gravidez. Esses tratamentos servem também para facilitar e acelerar o parto da mulher e servem também para eliminar certas doenças como “Txiwumba”¹² que podem surgir na mulher grávida.

A mulher grávida é igualmente aconselhada a procurar um profeta mazione para consultar se possui um espírito que possa complicar o seu parto, e em caso positivo o profeta expulsa este espírito e o parto ocorre normalmente.

“Os conhecimentos transmitidos localmente sobre a gravidez são de que a mulher quando estiver grávida deve ir ao hospital ou ao profeta mazione para acompanhar a gravidez porque a gravidez é sinal da vinda de uma nova pessoa na família. O mazione ou o hospital hão-de ver se a gravidez está a crescer bem, em especial o mazione há-de ver se a mãe possui um espírito que pode complicar o parto, se tiver o mazione expulsa aquele espírito e o parto acontecerá normalmente” (Madrinha, Zavala, Entrevista Individual).

Relativamente aos anticonceptivos, foi mencionado pelos encarregados de educação que há uma proibição para o uso contínuo dos mesmos pois poderão dificultar para engravidar provocando a esterilidade da mulher. Esta proibição está assente na ideia de que gerar filhos significa riqueza para a família e uma mulher que não gera filhos não possui valor e, é rejeitada pela comunidade.

¹² Esta doença desenvolve-se no órgão genital da mulher e se no momento do parto não tiver sido tratada tradicionalmente, a criança poderá perder a vida ao nascer se tocar a parte do órgão da mulher infectado.

“(...) A gravidez é sinal de que estamos a aumentar a família, estamos a multiplicar-nos. As pessoas quando casam é para ter filhos. Ter uma mulher que não faz filho é um problema, a gravidez é uma bênção” (Encarregados de Educação, Zavala, Entrevista Colectiva).

“Nós os líderes e padres da religião muçulmana não aconselhamos muito o uso dos anticonceptivos porque provocam outros problemas de saúde na mulher como infecções, mas o preservativo aconselhamos a usar” (Líder religioso Muçulmano, Zavala, Entrevista Individual).

A comunidade também desaconselha a prevenção da gravidez por via tradicional. Um dos requisitos do tratamento tradicional de prevenção da gravidez é a conservação de alguns produtos debaixo da terra por parte do PMT. Em caso de mudança de residência ou morte do PMT sem o conhecimento da mulher beneficiária do tratamento, este facto poderá resultar em esterilidade pelo resto da vida para a mulher, pelo facto de ser somente o PMT que conhece o processo de desfazer o tratamento feito.

Relativamente ao parto fora das unidades sanitárias, os ensinamentos estão virados para o comportamento da mulher que não deve gritar pois poderá assustar as mulheres que ainda não tiveram filhos e também porque os vizinhos não devem aperceber-se que nasceu ou está a nascer uma criança.

Após o parto, mantém-se a proibição da prática de relações sexuais porque a criança ainda é pequena podendo prejudicar a sua saúde pois o bebé não pode alimentar-se do leite da mãe grávida. Ao nível da comunidade não há uma percepção clara sobre quando deve terminar o período de proibição da prática de relações sexuais.

O aborto é visto negativamente pela comunidade por isso não deve ser praticado. Em caso de aborto espontâneo a mulher não é condenada pela comunidade porque acredita-se que o aborto poderá não ter acontecido por negligência da mulher, mas sim por “feitiço”.

Em caso de aborto a mulher é aconselhada a procurar um médico tradicional para ser tratada de modo a retirar toda “sujidade”, ou a procurar a unidade sanitária para receber cuidados médicos. O tratamento que a mulher recebe da medicina tradicional exige que esta fique pelo menos três meses sem manter relações sexuais com o homem comparativamente ao realizado na unidade sanitária.

Também após o aborto, a mulher não deve manter relações sexuais visto que o homem quando entra em contacto com o sangue da mulher poderá contrair uma tosse e vomita sangue provocando-lhe hérnia ou mesmo a morte. Por isso, as mulheres são ensinadas que não devem esconder que tiveram um aborto de modo que o homem possa prevenir-se.

A educação para os rapazes resume-se na realização da circuncisão. A circuncisão é vista como um rito de passagem para a vida adulta daí que o homem que não a tenha feito ainda é considerado uma criança e discriminado na comunidade. Foi mencionado pelos entrevistados que houve mudanças em relação a prática da circuncisão. Antes era feita durante um período que ia até dois meses. Actualmente a circuncisão é feita nas unidades sanitárias e a sua explicação tem

sido de limpeza do órgão genital masculino. Apesar de actualmente a circuncisão ser feita dentro das unidades sanitárias, esta não perdeu o seu valor simbólico, pois continua a ser considerado homem em Zavala aquele que passou pela circuncisão.

5.3.1.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

A educação sobre SSR é transmitida através de recomendações, conselhos ou conversas pelos tios e tias paternos. Em Zavala observa-se um maior papel dos pais relativamente aos restantes distritos pois aqui estes também podem conversar e aconselhar os seus filhos. Este papel dos pais pode ser percebido no contexto da não realização de rituais específicos para a transmissão de conhecimentos sobre SSR aos jovens.

“Uma família pode entender conversar sobre a gravidez com os filhos ou mesmo sobre o que era ser pai na altura, mas se não quiser contar não conta, depende muito de cada família” (Padrinho de Baptismo, Zavala, Entrevista Individual).

Em alguns casos as recomendações e conselhos são também transmitidos por pessoas mais velhas na comunidade pois acredita-se que estas possuem mais experiência e alguns pais acreditam que os seus filhos possam acatar os conselhos se forem dados por uma pessoa “de fora”. Neste processo são usados exemplos de pessoas que tenham tido uma experiência de sucesso na comunidade.

A religião também desempenha um papel na educação dos jovens sobre SSR. Particularmente as Igrejas Católica e Zione e a religião muçulmana são as identificadas no distrito. A religião muçulmana tem transmitido ensinamentos aos seus crentes nos cultos que acontecem às sextas-feiras. Os líderes muçulmanos têm promovido o uso do preservativo para a prevenção das ITS e HIV e SIDA, mas desaconselham aos seus crentes o uso excessivo de anticonceptivos como a pílula, pois na sua percepção estes criam problemas de saúde na mulher.

As Igrejas Católica e Zione nos encontros com mães crentes tem se referido a SSR. Um dos aspectos mencionados é a proibição do aborto porque é contra os mandamentos da lei de Deus. Também menciona-se a abstinência e fidelidade.

A outra forma de transmissão de educação tem sido através de palestras, teatros organizados por activistas comunitários e acontece em todas as fases da vida, começando na puberdade e particularmente para as mulheres depois da primeira menstruação e para os rapazes o período é variável.

5.3.1.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES

Os principais intervenientes em Zavala são as mães, os pais, as tias e tios paternos, activistas comunitários, os líderes religiosos e as pessoas mais velhas que possuem um certo respeito e reconhecimento dentro da comunidade.

5.3.1.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

O papel destes actores sociais varia de localidade à localidade, de família para família. Em algumas famílias nota-se mais o papel da mãe ou do pai na educação dos seus filhos e em outras podem ser as pessoas mais velhas da zona a pedido dos seus pais.

“As raparigas são ensinadas pela mãe ou pela tia irmã do pai o que é namorar, que não deve fazer sexo cedo porque pode engravidar ou pode apanhar doenças, ainda são crianças” (Líderes Comunitários e Religiosos, Zavala, Entrevista Colectiva).

As mães e as tias paternas possuem a responsabilidade de aconselhar e recomendar as filhas ou sobrinhas sobre o comportamento que devem ter quando estão diante dos homens depois da primeira menstruação, bem como os cuidados a ter durante o ciclo menstrual. Ensinam sobre quando é que devem iniciar o namoro e se a rapariga tiver mais de 18 anos, as tias ensinam em que momento pode manter relações sexuais para evitar a gravidez e ITSs.

Os pais e os tios paternos são responsáveis pela transmissão de conhecimentos aos rapazes. Ensinam como estes devem escolher uma mulher e como devem comportar-se para não contrair doenças. Ensinam também ao rapaz como ser responsável e o valor da circuncisão. Algumas entrevistas revelaram que há um incentivo por parte dos pais para que os jovens testem a sua virilidade e a fertilidade da mulher porque o homem não pode ter uma mulher que não faz filhos.

Os activistas têm o papel de transmitir para a comunidade mensagens sobre a prevenção das ITS e o HIV e SIDA, uso de preservativo e sua distribuição. Educação cívica sobre a higiene individual e colectiva, prevenção da gravidez indesejada e precoce.

Os líderes religiosos têm a responsabilidade de ensinar aos seus crentes durante os cultos ou missas sobre a protecção que devem ter em relação às ITS optando pela abstinência e pela fidelidade e como prevenir a gravidez indesejada. Contudo a Igreja Muçulmana nos seus ensinamentos incentiva o uso de preservativo, conforme indica o extracto abaixo:

“A Igreja, os líderes ensinam os crentes a usarem o preservativo para evitar doenças que se transmitem sexualmente. Ensinam as mulheres grávidas a irem ao hospital para os médicos acompanharem a gravidez e evitar a morte da mãe e do bebé. Em relação ao aborto nós temos aconselhado as mães a irem ao hospital para receber cuidados médicos. Ensinamos ainda as crentes que no parto e depois deste arranjar um lugar limpo, adequado para pôr o bebé que é para evitar que a criança contraia doenças e levar o bebé e a mãe ao hospital para serem acompanhados” (Líder Religioso Muçulmano, Zavala, Entrevista Individual).

As pessoas mais velhas da comunidade são responsáveis por transmitir aos jovens os hábitos, práticas, rituais, o comportamento que a comunidade em geral devia adoptar. Nestes ensinamentos, os mais velhos fazem referência às boas práticas e atitudes de SSR do passado, como forma de aconselhar os jovens sobre o melhor comportamento.

5.3.1.5 RELAÇÃO ENTRE COMUNIDADE, ESCOLA E UNIDADE SANITÁRIA

A relação entre a comunidade e a escola não é visível. Existe um conflito entre a comunidade e a escola pois parte dos entrevistados considera que a educação que os seus filhos recebem na escola desvaloriza os conhecimentos transmitidos na comunidade. Os pais também discordam da distribuição do preservativo na escola porque, no seu ponto de vista, promove a prostituição, a promiscuidade e gravidezes indesejadas, para além de não ser usado com a devida regularidade:

“O governo é o culpado dessa falta de respeito que os filhos têm com os pais e pelo aparecimento de grávidas nos nossos filhos. Nós como pais não podemos chamar atenção aos nossos filhos porque o governo protege e diz que é violência doméstica. Os pais já não têm poder sobre a educação dos filhos” (Chefes Tradicionais e Religiosos, Zavala, Entrevista Colectiva).

Ao nível da saúde a relação é visível. Existe um ACS escolhido pela comunidade e que serve de elo de ligação entre as duas esferas. Este fornece informações sobre o que acontece na comunidade e ajuda a identificar os problemas de saúde que a comunidade enfrenta. O ACS também tem o papel de informar os chefes tradicionais sobre a realização de palestras pela unidade sanitária e estes por sua vez convocam as comunidades.

“A Saúde quando sabe que a comunidade vai-se reunir num local, deslocam-se para esse local e aproveitam fazer actividades de vacinação das crianças e fazem palestras sobre outras doenças como o HIV e SIDA. Aqui na comunidade existe o agente de saúde que serve de elo de ligação entre a comunidade e a Saúde” (Chefe Tradicional, Zavala, Entrevista Individual).

Algumas matronas que assistem os partos na comunidade receberam uma formação do Centro de Saúde de Quissico sobre os cuidados a ter para não contrair e nem transmitir doenças a si e mãe grávida.

“Existe sim o relacionamento com as autoridades do sistema nacional de saúde porque eu recebi a formação com eles e deram-me algum material para trabalhar na comunidade” (Matrona, Zavala, Entrevista Individual).

5.3.1.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

Na comunidade os serviços de saúde existentes são a medicina tradicional que trata problemas de infertilidade na mulher por exemplo “xithetho”, a impotência nos homens, a gonorreia, a sífilis através de plantas e raízes medicinais. Também encontram-se os profetas que retiram espíritos maus que perturbam o desenvolvimento da gravidez.

“Eu cuido de mulheres com problemas de ameaças de aborto na gravidez da mulher, trato da mulher que abortou para lhe limpar o que fica na barriga através de raízes, ervas, trato a doença que o homem apanha quando mantém relações sexuais com uma mulher que fez o aborto. O homem aparece com uma tosse e quando começa a tossir sai sangue. Trato um tipo de esterilidade na mulher chamada “Xithetho”(Praticante de Medicina Tradicional, Zavala, Entrevista Individual).

5.3.1.7 O PAPEL DOS PAIS NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

Apesar de em algumas famílias os pais serem um dos principais intervenientes na educação sobre SSR dos jovens na comunidade, de modo geral observa-se que estes não usam as oportunidades que possuem para dialogar quer seja com a escola, quer seja com os seus próprios filhos sobre SSR. Observa-se ainda que a temática sobre SSR não é discutida de forma aberta entre pais e filhos.

5.3.1.8 CONHECIMENTOS SOBRE SSR TRANSMITIDOS ENTRE OS JOVENS

A observação feita em Zavala permite revelar que os jovens têm tido algumas conversas que incidem para o adiamento do início da actividade sexual, fidelidade, o uso do preservativo para evitar a gravidez precoce e as ITS. Contudo a prática revela que estes ensinamentos não são aplicados pois constata-se que raparigas entre os 13 e 15 anos de idade ficam grávidas e os rapazes recusam-se a assumir estas gravidezes ficando sob responsabilidade dos pais da rapariga.

5.3.1.9 PAPEL DAS ONG's

Existem no distrito três ONG's que desenvolvem programas e atividades em torno da SSR, mas a que tem realizado trabalho mais visível é Samaritan's Purse. Esta ONG é muito referenciada pelos residentes pelos seus feitos a comunidade e as suas intervenções estão viradas para a área do HIV e SIDA.

A Samaritan's Purse implementa seis programas: Mobilizar, Educar e Treinar as comunidades - MET; Cuidados domiciliários para pessoas vivendo com HIV/SIDA; Atendimento aos doentes; Assistência a crianças órfãs e vulneráveis; Assistência na Alimentação dos Doentes - PMA e o último programa é a busca activa dos doentes desistentes do tratamento TARV.

A ONG capacitou alguns activistas de associações comunitárias locais como a Associação *Kulane Kuati Vanana*¹³ (AKKV) em matéria de SSR para servirem a comunidade. É através dos activistas que a instituição assiste as comunidades, as Igrejas e as escolas através dos aconselhamentos.

A instituição não promove o uso de preservativo por ser contra a mensagem que a sua religião transmite. Ao contrário desta, as restantes ONG's que também intervêm na área de saúde sexual e reprodutiva no distrito como é o caso da Childfound promove o uso de preservativo. Mas entre elas existe uma relação de troca de experiência.

A Samaritan's Purse implementa os seus programas com o objectivo de ajudar os jovens a fazerem a melhor escolha na prevenção do HIV e SIDA e constitui seu grupo alvo a população entre os 14 até aos 49 anos de idade.

“O objectivo da implementação dos programas é de ajudar os jovens na melhor escolha de prevenção do HIV/SIDA. Na implementação dos programas esperamos a mudança de comportamento sexual dos jovens que possuem entre 14 a 49 anos de idade, por estes

¹³ Que em português significa, cresçam tranquilamente crianças.

constituírem nosso principal grupo alvo na luta contra o HIV/SIDA” (Representante de ONG, Zavala, Entrevista Individual).

5.3.1.10 POSSÍVEIS CANAIS DE REFORÇO DE SSR

No distrito de Zavala revelam-se como possíveis pontos de entrada para o reforço da SSR os tios e tias paternas que constituem os principais intervenientes na educação sobre SSR. Os pais e mães também poderão constituir um ponto de entrada pois em alguns momentos também desempenham algum papel na educação dos seus filhos.

5.3.2. ESCOLA

5.3.2.1 O QUE SE TRANSMITE

Os conteúdos transmitidos nas escolas incidem sobre os cuidados a ter com o corpo, o aparelho reprodutivo masculino e feminino, temáticas relacionadas ao HIV e SIDA que incluem os modos de infecção, modos de prevenção e o tratamento. Os conteúdos ensinados incluem ainda o respeito pelos pais, o adiamento do início da vida sexual e a importância dos anticoncepcionais para evitar a gravidez indesejada. Para os rapazes a educação está virada para a fidelidade após o início da actividade sexual.

“Esta educação consiste em ensinar os alunos sobre o HIV e SIDA, a forma de transmissão, sua prevenção e combate e como tratar caso uma pessoa tenha contraído a doença. Ensinamos aos alunos sobre outras infecções transmitidas sexualmente, caso da gonorréia, sífilis, corrimentos. Os alunos são dados a conhecer sobre a gravidez precoce, sua prevenção para evitar desistências nas escolas e evitar casamentos prematuros e o uso de preservativos” (Representante distrital da Educação, Zavala, Entrevista Individual).

5.3.2.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

A educação é transmitida a partir de diálogo entre os professores e os alunos na sala de aulas, no canto de aconselhamento da escola ou mesmo no corredor. Os métodos usados para a transmissão de conhecimentos na escola são as palestras, peças teatrais, canto e dança e debates. Os momentos aproveitados durante as aulas são principalmente as aulas da disciplina de Biologia e as reuniões de turma que realizam-se nas quartas-feiras. A escola possui um canto de aconselhamento do PGB onde os alunos depois das aulas ou durante os intervalos procuram aconselhamento.

“(…) a informação é transmitida nas disciplinas de Português, Biologia, Inglês, História durante as aulas porque já vem planificado como conteúdo do programa de ensino (…)” (Professor, Zavala, Entrevista Individual)

“Para transmitir essas mensagens a escola usa manuais com informação sobre SSR, CDs, cartazes, panfletos, palestras, teatro, canto, dança. Na disciplina de Biologia temos aprendido sobre SSR. A escola possui um canto de aconselhamento e nos intervalos das aulas os alunos vão ao canto e se informam sobre vários assuntos. Nas quartas-feiras as

turmas têm uma reunião com o director de turma e os professores aproveitam este tempo para falar de questões ligadas a SSR” (Aluno, Zavala, Entrevista Individual).

A educação é transmitida a partir da 7ª classe até 11ª classe porque o distrito ainda não possui o nível da 12ª classe. Em Zavala nem todas as escolas possuem um programa de SSR, caso concreto da Escola Secundária de Chitodo sul na localidade de Zandamela. Esta difere de um nível ao outro, para alunos que se encontram na 8ª classe e para aqueles que frequentam a 11ª classe.

5.3.2.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES

Os principais intervenientes são os professores, incluindo o Director da Escola, activistas do PGB, alunos educadores de pares e activistas de associações locais.

“Quem ensina são os professores e activistas que são formados pelo programa Geração Biz. Os professores transmitem os conhecimentos durante as suas aulas sempre que possível” (Professor, Zavala, entrevista individual).

5.3.2.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

Os professores e director de escola têm a responsabilidade de ensinar e sensibilizar os alunos sobre a mudança de comportamento e prevenção das ITS, do HIV e SIDA, das gravidezes indesejadas e precoces.

Os professores são responsáveis por criar informações, artigos e organizar palestras, peças teatrais, cantos e danças sobre saúde sexual e reprodutiva e monitorarem o grupo de activistas que tem ajudado no aconselhamento aos seus colegas da escola através do canto. São também responsáveis por encorajar os encarregados de educação para autorizar a participação dos seus filhos nas apresentações de peças teatrais. De igual modo, aconselham e encaminham os alunos ao SAAJ no Centro de Saúde de Quissico quando os alunos apresentarem situações de complicação.

“O papel dos professores é de apoiar os alunos a mudarem dos seus comportamentos, de sensibilizar para que saibam prevenir-se e proteger-se das ITS e da gravidez no caso das raparigas. Os professores organizam palestras, fazem jornais com mensagens sobre SSR e colam nas paredes, aconselham e encaminham os alunos aos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) no Centro de Saúde de Quissico” (Professor, Zavala, Entrevista Individual).

Os activistas do PGB e educadores de pares são responsáveis por aconselhar os colegas sobre a importância do teste de HIV e SIDA, uso de preservativo para rapazes e raparigas que já iniciaram a vida sexual. São também responsáveis por aconselhar aos alunos a evitar os relacionamentos múltiplos para evitar a contaminação de ITS e o HIV e SIDA. Estes activistas têm também a responsabilidade de fazer o aconselhamento no canto da escola.

5.3.2.5 RELAÇÃO ENTRE ESCOLA, COMUNIDADE E UNIDADE SANITÁRIA

Entre a escola e a comunidade a relação é quase inexistente. Ao nível da escola e das unidades sanitárias existe uma parceria reconhecida pelos serviços distritais e provinciais de Educação e de Saúde, na medida em que alguns professores receberam formação e capacitação da Saúde sobre os diferentes temas sobre saúde sexual e reprodutiva. Foram capacitados também em matéria do HIV e SIDA, direitos sexuais e outros problemas que afectam os jovens.

“Temos professores que receberam formação em SSR sim. A formação foi dada em 2007 e foram 73 professores que beneficiaram da formação ao nível do distrito. Estes aprenderam sobre os direitos sexuais, sobre o HIV e SIDA, sobre a gravidez. Tiveram uma capacitação de activistas das escolas. Foram preparados para lidar com qualquer tipo de situação saúde sexual e reprodutiva, comportamentos, atitudes dos diferentes alunos nas escolas. As formações dos professores foram dadas por médicos da província de Inhambane” (Representante Distrital de Educação, Zavala, Entrevista Individual).

Em geral os professores depois da formação sobre SSR têm uma outra postura na abordagem sobre esses assuntos. As questões como vergonha, receio de falar sobre estes assuntos começam a reduzir. A necessidade de maior apoio aos adolescentes e jovens cresce significativamente depois da formação. O uso da informação é feito através de palestras e sensibilizações nas concentrações e nas aulas. Os professores passam a ter um papel proactivo de educadores e adolescentes e jovens e tem um papel mais activo na sensibilização, educação e promoção de SSR.

5.3.2.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

A escola tem como serviços disponíveis o canto de aconselhamento e que fornece também materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) que incluem panfletos, CDs que possuem mensagens sobre o HIV e SIDA e outras ITS que são distribuídos aos alunos. A escola Secundária de Quissico é a única que possui o canto de aconselhamento.

5.3.2.7 O PAPEL DOS PAIS NA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

A pesquisa constatou que os pais não usam as oportunidades existentes nas escolas (cantos de aconselhamento) para se informarem sobre os ensinamentos recebidos na escola. Esta falta de diálogo é ainda mais evidente entre pais e filhos no que concerne a SSR.

5.3.2.8 CONHECIMENTOS SOBRE SSR TRANSMITIDOS ENTRE JOVENS

Os jovens têm discutido sobre os diferentes conteúdos transmitidos pelos professores e activistas. Estas conversas enfatizam a prevenção da gravidez, das ITS incluindo o HIV e SIDA. Há também um diálogo sobre o adiamento do início da actividade sexual.

5.3.2.9 PAPEL DAS ONG's

De um modo geral o papel das ONG's na escola não é muito visível porque não existem programas de SSR ao nível das escolas implementados por ONG's.

5.3.3 UNIDADE SANITÁRIA

5.3.3.1 O QUE TRANSMITE

Foi possível constatar que a educação sobre SSR está mais virada para as mulheres, porque os homens pouco frequentam a unidade sanitária para ter informação sobre SSR. Estas são ensinadas sobre a importância de se fazer o planeamento familiar, sobre a prevenção da gravidez precoce e indesejada. A mulher é também sensibilizada a realizar o parto na unidade sanitária para poder receber todos os cuidados, a fazer um espaçamento de pelo menos 2 anos para engravidar novamente e sobre o número adequado de filhos. Tanto homens como mulheres recebem educação sobre a importância do teste de HIV, higiene colectiva e a não utilização dos mesmos instrumentos cortantes para evitar o HIV.

“A educação que se dá a mulher grávida é: a importância de se fazer o planeamento familiar, a importância do parto hospitalar (...)” (Representante distrital de SSR, Zavala, Entrevista Individual).

Ainda sobre a gravidez as mulheres que vivem distantes da unidade sanitária são aconselhadas a dirigir-se às casas de mãe-espera¹⁴, são ensinadas a evitar o aborto clandestino com recurso a raízes e outros medicamentos tradicionais. As mulheres e os homens são aconselhados a aderirem ao teste do HIV e SIDA e outras ITS.

“Aconselha-se as famílias que vivem distantes do centro de Saúde a esperar o parto no hospital, evitar o aborto clandestino com recurso a raízes e outros medicamentos porque causam a morte, a importância do teste de HIV e SIDA e outras ITS, das análises, uso do preservativo” (Representante distrital de SSR, Zavala, Entrevista Individual).

5.3.3.2 MECANISMOS DE ENSINO SOBRE SSR

A educação é transmitida através de palestras que os profissionais dos centros de saúde organizam nas primeiras horas antes de iniciarem as suas actividades, através de conversas e aconselhamentos no SAAJ, visitas feitas às comunidades através de brigadas de saúde móveis e distribuição de material de IEC.

“Para dar esta educação utilizamos as palestras, distribuimos panfletos com informação sobre SSR, revistas, preservativos, falamos da testagem do HIV” (Enfermeira chefe centro de saúde de Quissico, Zavala, Entrevista Individual).

5.3.3.3 PRINCIPAIS INTERVENIENTES

Os principais intervenientes são as enfermeiras de SMI, médicos, activistas e matronas reconhecidas pelos serviços de saúde.

¹⁴ São os locais próximo da unidade sanitária onde as mulheres grávidas aguardam o parto. Geralmente estas casas são ocupadas por mulheres que vivem distantes da unidade sanitária.

5.3.3.4 PAPEL DOS INTERVENIENTES

Os médicos são responsáveis pelas palestras e aconselhamento a todos os pacientes que procuram os serviços disponíveis nas unidades sanitárias. Posteriormente poderão realizar testes de acordo com os motivos que levam o paciente a unidade sanitária.

As enfermeiras de SMI têm o papel de aconselhar as mães sobre as CPN, importância do teste de HIV e realização de partos na unidade sanitária. Os activistas têm o papel de realizar o aconselhamento e auxiliar os enfermeiros nas suas actividades ao nível da comunidade e do SAAJ dentro do centro de saúde.

As matronas têm o papel de assistir o parto na comunidade caso a mulher não consiga chegar a tempo a unidade sanitária e depois encaminham a mulher à unidade sanitária, como também têm o papel de assistir o parto das mulheres na unidade sanitária. Activistas têm a responsabilidade de fazer palestras.

5.3.3.5 RELAÇÃO ENTRE UNIDADE SANITÁRIA, COMUNIDADE E ESCOLA

A unidade sanitária possui uma relação com a comunidade através dos ACS's que são escolhidos pela comunidade. O ACS é responsável por coordenar a realização de actividades de sensibilização na comunidade por parte da unidade sanitária.

Existe uma troca de experiência entre os praticantes da medicina tradicional e os profissionais de saúde das unidades sanitárias. São realizados alguns encontros de troca de experiência onde os praticantes de medicina tradicional partilham os seus conhecimentos sobre a cura de doenças oportunistas associadas ao HIV através de plantas e raízes. Os profissionais de saúde por sua vez, partilham com os praticantes da medicina tradicional os procedimentos existentes na unidade sanitária relativos ao HIV e SIDA nomeadamente, o teste e o tratamento.

Em alguns momentos, a Saúde capacita os chefes tradicionais em temáticas de SSR e estes transmitem aos enfermeiros, médicos os hábitos culturais locais que se relacionam com SSR na comunidade.

“(...) os curandeiros dizem que tratam o HIV a partir de plantas e raízes, por sua vez os médicos e enfermeiros da Unidade sanitária falam da sua experiência dizendo que no caso de HIV/SIDA fazem antes um teste, só depois é que o tratamento é iniciado, mas este não cura, diminuindo apenas a carga viral. A educação formal de SSR nos hospitais complementa-se com a educação tradicional de saúde sexual reprodutiva” (Enfermeira, Zavala, Entrevista Individual).

O sector da saúde capacita jovens da comunidade em matérias de SSR que são posteriormente replicados ao nível da comunidade. Estes jovens realizam palestras na comunidade sobre o HIV e SIDA, o uso de preservativo, prevenção da gravidez indesejada e precoce e em caso de constatarem situações complicadas de doenças os activistas encaminham à unidade sanitária.

Existe uma relação entre a unidade sanitária e a escola na medida em que o sector da saúde facilita a formação dos professores em algumas matérias de SSR. Os profissionais de saúde também realizam palestras nas escolas.

“Os profissionais do centro de saúde têm ido as escolas fazer palestras para as mulheres com idade fértil-MIF” (Enfermeira chefe, Zavala, Entrevista Individual).

5.3.3.6 SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

A unidade sanitária tem disponíveis os serviços de planeamento familiar, PTV, testagem e tratamento de ITS incluindo o HIV. Especificamente para os jovens a unidade de sanitária de referência possui um SAAJ.

“Os tipos de serviços que temos são: educação sanitária, prevenção de ITS e gravidez incluindo o planeamento familiar e serviços de parto, consultas pré-natais, prevenção da transmissão vertical de uma mãe sero positiva ao bebé, tratamento de Infecções já existentes nas pessoas vivendo com o HIV e SIDA, testagens. A educação sanitária é geral abrange homens e mulheres” (Representante Distrital de SSR, Zavala, Entrevista Individual).

VI. ANÁLISE CONJUNTA DOS RESULTADOS

Nesta secção do relatório procuraremos mostrar os aspectos comuns e diferentes entre os quatro distritos pesquisados, ponderando sobre a dimensão de especificidade e ou generalidade que se pode analiticamente atribuir.

VI.1 SEMELHANÇAS

No tocante aos ensinamentos a presente pesquisa permite-nos perceber que nos quatros sites pesquisados as práticas culturais de SSR, os canais e os mecanismos de instrução, o contexto de aprendizagem, os principais intervenientes no processo educativo não diferem de forma significativa, uma vez que há ensinamentos sobre SSR tanto na comunidade, nas unidades sanitárias assim como nas escolas.

Ao nível da comunidade a educação continua alicerçada nas práticas tradicionais caracterizadas, entre outros, por ritos de iniciação, a religião, os tabus (swayila), a medicina tradicional Graça (2002), bem como pelas práticas vaginais Bagnol & Mariano (2006) enquanto as “práticas emergentes” são caracterizadas pelas “novas” abordagens de sexualidade, SSR tais como, o uso do preservativo, equidade de género, direitos sexuais, direitos reprodutivos, maternidade segura incluindo o planeamento familiar, maior envolvimento do homem nas acções de saúde sexual e reprodutiva inseridas nos currículos escolares nos diferentes níveis de ensino bem como as trazidas pelos ACS's, pessoal técnico do sector da saúde, os *medias* e as ONGs.

Este segundo grupo de práticas (as emergentes) embora esteja em crescimento, nos quatro sites pesquisados, ainda continua menos significativa na estruturação das atitudes e comportamentos quer dos responsáveis pela educação, quer dos jovens instruídos no momento em que precisam de pôr em prática esses conhecimentos quando se trata de assuntos ligados a sexualidade, saúde sexual e reprodutiva.

A situação acima decorre do facto de em Moçambique segundo Paulo (2009), em relação à educação sexual não se articulam os aspectos sócio – culturais, a pressão da família, as crenças religiosas e as forças macroeconómicas com as mensagens transmitidas.

Por via das práticas tradicionais, ao nível da comunidade temos ensinamentos sobre SSR transmitidos exclusivamente para rapazes e para raparigas através dos ritos de iniciação, com a excepção de Zavala onde esses ensinamentos não são assumidos como sendo ritos de iniciação embora no conteúdo e na forma se assemelhem ao que em Nampula e em Sofala já se designa como tal.

Os ritos de iniciação constituem uma prática que permite aos participantes passarem para uma fase da sua vida que é vista na comunidade como significando o crescimento e que também define a identidade do indivíduo daí que todo o rapaz e rapariga são aconselhados à passar por esta fase de instrução.

Segundo (Graça, 2002) e (Medeiros, 1997) os ritos de iniciação marcam o fim da adolescência e início da vida adulta. Em geral servem para educar os rapazes e raparigas em certos códigos comportamentais sobre a nova fase da vida que se inicia. Dentre os vários aspectos, os

ensinamentos prestados de forma dinâmica incluem a educação sexual e reprodutiva (Mariano, 2007).

Ao nível da comunidade a educação transmitida para as raparigas incide mais nos contornos a considerar no novo papel social de esposa prestes a assumir. Fora estes aspectos é, igualmente transmitido um conjunto de conhecimentos que instruem sobre as precauções com o ciclo menstrual, os cuidados com a gravidez, cuidados no pós parto, cuidados em caso de aborto e mecanismos de gestão da vida conjugal e sexual através de vários artifícios tais como alongamento dos lábios vaginais e como propiciar prazer sexual ao marido.

De um modo geral os principais intervenientes no processo educativo são os padrinhos, madrinhas, matronas, PMT, líderes religiosos, enfermeiras de SMI, médicos, professores, alunos activistas, com a excepção de Nhamatanda e Zavala onde emergem as figuras dos avós e tios paternos e os pais com um papel mais residual.

Os períodos em que estes ensinamentos iniciam diferem de forma significativa. Para as raparigas o seu início é marcado pela menarca que representa e simboliza uma tríplice prontidão: sexual (a mulher já está em altura de iniciar a actividade sexual porque já “cresceu”), reprodutiva (a mulher já está preparada para fazer filhos) e marital (a mulher já pode casar e exercer todas as outras actividades inerentes a esfera doméstica). Portanto, para as raparigas, a iniciação confirma a sua feminilidade e as prepara socialmente e fisicamente para o seu futuro papel social de esposa e de mãe (Salmon, 1991).

Para os rapazes este momento é variável e esta variabilidade, em parte, mostra a falta de rigidez que se tem em relação a educação masculina devido, entre outros, a percepção de que os assuntos relativos ao homem em matérias de sexualidade são prévia e naturalmente determinados, enquanto sobre a mulher torna-se indispensável uma preparação social e ritualizada para o efeito.

Esta disparidade na atenção que se dá aos rapazes e as raparigas corrobora a ideia defendida por Loforte (2003) segundo a qual a sexualidade é configurada pelos papéis reprodutivos, sociais e económicos e religiosos que homens e mulheres desempenham na sociedade e que em Moçambique existem iniquidades e valores em saúde sexual e reprodutiva (Loforte, 2007a).

Por via das “práticas emergentes” os momentos educativos que encontramos são as consultas pré – natais, aconselhamentos, palestras e teatros educativos. No tocante a escola e a unidade sanitária as questões mais abordadas são o uso de preservativo, prevenção do HIV e SIDA, planeamento familiar, consultas pré e pós natal e testagem voluntária. Os principais intervenientes na escola e nas unidades sanitárias são os professores, os activistas, os provedores de SSR e os profissionais da área de serviço de SMI.

De uma forma geral o papel da escola em termos de educação relativa a SSR apresenta-se ainda bastante incipiente, realizando-se apenas algumas actividades esporádicas como palestras e aconselhamentos durante a concentração dos alunos, bem como durante as aulas de Biologia e de Educação Moral e Cívica e actividades desportivas. Para além destes aspectos é de realçar a existência de cantos de aconselhamento. Os principais temas abordados são a gravidez precoce,

uso do preservativo, abstinência e o HIV e SIDA. Ao nível da escola o ciclo de ensinamento inicia no nível secundário, embora já exista o Programa Pacote Básico.

Relativamente a Saúde, os conhecimentos sobre SSR são transmitidos no contexto dos serviços que a unidade sanitária presta. Os principais serviços relacionados com SSR são a SMI, TARV e SAAJs.

VI.2 DIFERENÇAS

As diferenças encontradas estão ao nível dos responsáveis pela educação e são reveladoras da diferenciação do tipo de sociedade a que cada site pertence. Assim, em Nhamatanda e Zavala (sociedades patrilineares) na comunidade os avós e tios paternos são os pilares de transmissão desses conhecimentos para os rapazes enquanto para as raparigas as responsabilidades pela educação recaem para as tias e avós patrilaterais. A principal diferença que constatamos neste aspecto reside no facto de que enquanto em Nampula esta educação é delegada as madrinhas e matronas já nas sociedades patrilineares a presença destes actores sociais no processo educativo sobre SSR para as raparigas não se faz sentir em grande medida.

A marginalidade dos pais no processo educativo ao nível da província de Nampula, em particular nos sites estudados, é reveladora de que a socialização à sexualidade embora seja planificada na esfera doméstica, a sua efectivação deve ser confiada à terceiros, como forma de garantir e manter o cultural e simbolicamente aceitável e o distanciamento entre pais e filhos na abordagem destes assuntos. Mesmo assim com estes actores sociais aos quais é confiada a educação exige-se um respeito profundo e impõem-se regras a partir das quais o “educando” não só deve obediência como deve evitar ao máximo o seu “instrutor” como demonstração de respeito e aceitação da sacralização dos ensinamentos.

No caso específico da rapariga este cenário caracterizado pela fraca participação dos pais no processo educativo não é apanágio de Nampula, uma vez que se verifica um pouco por toda a África onde ocorre a iniciação.

“(...) não é a mãe que intervém no processo de iniciação, mas geralmente a tia, a avó ou uma amiga. Estas pessoas têm a responsabilidade de instruir a rapariga sobre a vida conjugal (Salmon, 1991)”.

No caso específico de Mossuril os ritos de iniciação da rapariga são realizados principalmente em três fases nomeadamente: a primeira fase logo após o início do ciclo menstrual. Nesta fase as matronas ensinam às raparigas sobre os cuidados a ter com a menstruação, bem como todos os aspectos relacionados a proibições e permissões que acompanham este estado. Esta cerimónia geralmente é realizada durante dois dias sendo acompanhada por cantos, toques de batuques e os ensinamentos são transmitidos em forma de aconselhamentos e frases intimidatórias que visam meter medo a rapariga sobre a nova experiência por si vivida. No segundo dia geralmente prepara-se uma refeição que é oferecida às matronas responsáveis de transmitir os ensinamentos bem como aos familiares presentes.

A segunda fase dos ritos realiza-se com o objectivo de transmitir ensinamentos a rapariga sobre como ela deve comportar-se diante do homem enfatizando-se que ela já é uma pessoa adulta.

Nesta fase a rapariga aprende aspectos sobre o seu comportamento durante o acto sexual, incluindo dar prazer ao homem, os cuidados a ter com o seu corpo e o comportamento após o casamento. Esta fase não tem um período específico para a sua realização podendo mesmo coincidir com o período que antecede o casamento aproveitando-se transmitir os ensinamentos sobre o comportamento da mulher no lar, bem como todos os artifícios que a mulher deve ter para assegurar a estabilidade conjugal. Em diferentes momentos também são transmitidos à mulher conhecimentos sobre os cuidados a ter durante a gravidez, após o parto e em caso de aborto.

A terceira fase dos ritos de iniciação consiste na preparação da rapariga para o casamento. Três a dois dias antes do casamento as matronas reúnem-se na casa da rapariga com o objectivo principal de aconselhar sobre o seu comportamento como esposa. Esta cerimónia é acompanhada por cânticos e danças onde a “donzela” e suas companheiras que podem ser amigas ou primas, são identificadas através de pinturas na face e folhas de qualquer árvore colocadas na cabeça. Os cânticos e danças que contêm mensagens pejorativas e de gozo sobre o órgão sexual masculino, sendo também usados gestos para demonstrar o acto sexual. Esta cerimónia de preparação inclui ainda cuidados com o corpo que visam deixar a mulher bonita para o seu marido.

A religião muçulmana é praticada por mais de 80% e tem também um papel importante na educação dos jovens sobre SSR. A rapariga é ensinada sobre os cuidados a ter com a menstruação que inclui a proibição de frequentar a mesquita quando está neste estágio e o comportamento no lar. Ao rapaz por sua vez, ensina-se sobre o seu comportamento após o casamento.

Em Ribáuè e em Mossuril o processo de educação dos rapazes ocorre através dos ritos de iniciação durante um período relativamente mais longo que pode durar até um mês. Neste período os rapazes ficam num local relativamente distante das suas casas onde se realiza a circuncisão e recebem ensinamentos sobre o comportamento que devem passar a ter incluindo o respeito pelos mais velhos e proibições associadas. Em Nhamatanda e Zavala o momento educativo dos rapazes que marca a passagem da adolescência para a “maioridade cultural” é marcado por diversas práticas dentre elas a construção de casa própria por parte do jovem como sinal de já estar pronto para iniciar a vida adulta, isto é, juntar-se a uma mulher. Esta prática embora se possa verificar em várias famílias não se constitui como um padrão cultural seguido por toda a comunidade.

Estas diferenciações permitem visualizar que a “sexualidade” tal como referem Bagnol & Mariano (2006) não é um objecto “natural” mas um produto histórico, quer dizer, uma construção cultural que varia de acordo com os contextos socioculturais, isto é, as pessoas constroem a sexualidade em torno de noções e práticas contextualmente específicas, por esta razão a sua abordagem requiere uma análise sistémica dos símbolos culturais duma sociedade ou grupo social, o relativismo cultural e a comparação inter – cultural (Almeida, 2003).

VI.3 RELAÇÕES ENTRE AS ESFERAS EDUCATIVAS: COMUNIDADE, ESCOLA E UNIDADE SANITÁRIA

A relação entre a comunidade e a escola enquanto esferas de aprendizagem ainda é fraca se tivermos em linha de conta que os pais não procuraram saber o que os filhos aprendem na escola sobre SSR. Os padrinhos, as madrinhas dos ritos de iniciação, as matronas e os mais velhos defendem que entre a educação “tradicional” e “formal” não há formas possíveis de partilha de

conteúdos porque a tradicional é revestida de secretismo que deve ser mantido na medida em que este é estruturante na construção dos papéis sociais de homem e de mulher.

Em parte esta situação de fraqueza que se verifica na comunicação entre os sistemas tradicional e formal deriva da relação de força e de poder desiguais, onde a título de exemplo os professores e provedores de saúde são percebidos e se percebem como detentores de um saber orientador e motor das transformações a introduzir de forma sistemática na comunidade entendida pela educação formal como guardião de saberes “retrógrados”, aqueles que estão ultrapassados, particularmente relacionados a tradição, e precisam de ser substituídos por outros considerados “modernos”.

Esta falta de relação manifesta-se ainda pela ausência de diálogo que reconheça o papel dos diferentes sistemas de educação sobre SSR. Por outro lado parece existir uma contradição entre os ensinamentos transmitidos na comunidade e os da escola e unidade sanitária pois se ao nível da comunidade após a primeira menstruação a rapariga já está pronta para ter filho e casar, nalguns casos, na escola e na unidade sanitária incentiva-se o adiamento do início da actividade sexual.

Isto quer significar que entre as “práticas tradicionais” e as “práticas emergentes” há um vazio comunicacional na medida em que, nas ditas práticas “emergentes”, a heterogeneidade cultural que caracteriza o país não se reflecte nas mensagens transmitidas, mas por outro lado nas “práticas tradicionais” persistem valores e princípios de SSR com pouca permeabilidade para convivência com valores “novos” que confirmam outra dinâmica a tradições e culturas locais.

Até certo ponto existe entre a comunidade e escola uma espécie de “conflito” pelo facto de a escola transmitir os ensinamentos num mesmo espaço para rapazes e raparigas, para além de que esta educação é dada de forma “clara e aberta”, o que já não se verifica tradicionalmente na comunidade.

Como consequência deste secretismo, em parte, se constata que os pais, tem pouco interesse para dialogar quer com a escola, quer com a unidade sanitária e até com os filhos sobre os ensinamentos que lhes são transmitidos sobre SSR fora da esfera familiar. Constata-se um grande conflito intergeracional entre pais e filhos, alegando os primeiros que os jovens hoje não os respeitam e não acatam os conselhos dos mais velhos, sendo o seu comportamento bastante influenciado pela modernidade. Os jovens por seu turno discordam dos mais velhos alegando que estes não acompanham a dinâmica cultural que os expõe a diversidade cultural decorrente da globalização.

Os canais existentes para promoção do diálogo escola – comunidade tais como os conselhos de escola, as Zonas de influência pedagógica (ZIP), não são explorados na íntegra e a complementaridade entre os dois momentos educativos ainda não se faz sentir uma vez que a educação tradicional e formal continuam sendo duas esferas de socialização relativamente distantes.

VII. CONCLUSÕES

A presente pesquisa permitiu compreender que nos quatro distritos estudados existem ensinamentos sobre SSR na comunidade, na escola e nas unidades sanitárias. Os dados das entrevistas revelam que ao nível da comunidade esses ensinamentos são transmitidos com base na diferenciação numa perspectiva desigualitária de género pois assume-se que a mulher deve aprender tudo sobre o comportamento sexual e sobre SSR, no geral, enquanto a educação do homem enfatiza mais a atitude que este deve ter perante os mais velhos, o papel de ser homem, a virilidade.

De uma diversidade de assuntos inerentes a sexualidade e SSR, a pesquisa permite-nos constatar que as abordagens existentes são restritivas, com enfoque para a mulher, os cuidados que deve ter com o corpo, gravidez, menstruação e como agradar sexualmente o parceiro. A educação é caracterizada por reservas e tabus o que faz com a sexualidade de um modo geral, e a SSR em particular sejam aspectos pouco discutidos no seio das famílias e quando o fazem os assuntos abordados são caracterizados por tabus e muito secretismo.

O que se pode depreender do que foi apresentado acima é que de uma forma geral os ensinamentos e os saberes locais sobre SSR replicados ao longo das gerações. As “permissões” e “proibições” ilustram a racionalidade comunitária no que diz respeito às percepções, as interpretações das questões relativas a saúde e a doença, o culturalmente aceitável e repudiável em suma: ilustram como as comunidades constroem as suas percepções em torno da vida e da morte. Desta feita se pode concluir que para os grupos sociais dos locais pesquisados a iniciação representa uma pedagogia moral e cultural da vida sexual, reprodutiva e conjugal.

Os principais intervenientes ao nível da comunidade são os padrinhos, madrinhas e matronas dos ritos de iniciação, “os mais velhos”, os líderes tradicionais, religiosos, pais e mães, tias, avós, tios e avós paternos ou maternos. O papel de cada um destes intervenientes no processo educativo varia de acordo com as especificidades do ensinamento a transmitir.

Ao nível das escolas os ensinamentos são efectuados de forma simultânea não havendo diferenciação do momento e ensinamento específicos para rapazes ou raparigas. Os principais intervenientes são os alunos, professores, não se fazendo sentir o papel das ONG's a criar um activismo na abordagem sobre SSR.

Na comunidade existem o sistema tradicional e formal de saúde e de forma simultânea as pessoas recorrem a um ou a outro sistema em busca de cuidados de saúde. A lógica que norteia estas escolhas está associada primeiro à proximidade de localização de cada um destes serviços disponíveis, às crenças e às percepções da eficácia do tratamento ou da cura que se pode obter em cada um destes sistemas.

A relação entre as três esferas de educação mostrou-se frágil e em alguns casos com vazios comunicacionais porque observa-se uma contradição entre os conteúdos de ensinamento. Por outro lado, se considerarmos que a educação tradicional constitui a socialização primária e a educação da escola e da unidade sanitária constitui a socialização secundária, entre estes dois momentos não há continuidade e complementaridade. A pesquisa permitiu constatar que os

pontos de entrada para o reforço de SSR ao nível da comunidade são: os padrinhos, madrinhas, matronas e responsáveis dos ritos de iniciação, tios paternos, tias paternas, avôs e avós paternos, ACS's, activistas, líderes religiosos e os praticantes de medicina tradicional e que devem ser envolvidos a partir da capitalização das redes intracomunitárias.

VIII. RECOMENDAÇÕES

FACILITAÇÃO DO ENVOLVIMENTO FAMILIAR E DIÁLOGO INTERGERACIONAL SOBRE SEXUALIDADE E SSR

- Facilitar o diálogo intergeracional sobre a sexualidade e SSR através do desenvolvimento de programas que mobilizem e que tenham enfoque na família possibilitando a redução dos vazios comunicacionais. A falta de conhecimento dos pais, sobre os temas e assuntos a que os filhos estão expostos por via da escola e redes de amizades, bem como o crescente desinteresse dos filhos em relação a certos ensinamentos dos mais velhos podem ser objecto de programação activa, com vista a reduzir o hiato comunicacional entre gerações. Os programas direccionados aos jovens não devem apenas buscar o consentimento dos pais, devem primar pelo envolvimento destes, de modo a que possam contribuir como base social de reforço e orientação efectiva para os adolescentes e jovens.

REFORÇO E MELHORIA DA ARTICULAÇÃO E INTERAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES ESFERAS EDUCATIVAS

- Desenvolver programas que ampliem formas de relacionamento eficientes entre os sistemas tradicional e formal de ensino e aprendizagem sobre temáticas de sexualidade e SSR envolvendo os diferentes intervenientes chave do processo educativo no desenho de programas integrados.
- Facilitar o diálogo de saberes através da Abordagem Sociocultural entre as três esferas educativas (comunidade, educação e saúde), por forma a permitir uma planificação conjunta das atividades adequadas em torno da educação sobre SSR para os jovens.
- Facilitar a integração dos diferentes sistemas e mecanismos de ensino sobre sexualidade e SSR estabelecendo e aprimorando os vínculos nos programas em curso com as instâncias de participação comunitária existentes (ex. Conselhos de Escola, ZIP's; AMETRAMO, ritos de iniciação, etc).
- Reforçar o papel das ONG's, facilitar e mobilizar a intervenção de OCBs por forma a estimular um protagonismo e activismo de jovens e adultos na abordagem sobre sexualidade e SSR. As ONGs podem jogar importante papel de mediação entre as diferentes esferas, tendo em conta a sua posição de relativa neutralidade na educação dos jovens, em comparação com a escola, que assume um carácter formal e competitivo, e a família, que é vista como conservadora e repressiva.

NO TOCANTE AOS POSSIVEIS CANAIS DE ENTRADA PARA O REFORÇO DA EDUCAÇÃO SOBRE SSR

- Aproveitar os intervenientes existentes nas três esferas educativas comunidade, educação e saúde para consolidar as lições aprendidas e ganhos nas práticas de educação sobre sexualidade e SSR.

AMPLIAÇÃO DE OPORTUNIDADES TEMÁTICAS E REDUÇÃO DE CONTEÚDOS CONFLITUANTES

-
- Ampliar abordagens sobre a sexualidade e SSR introduzindo temas tais como: parceiros múltiplos e concorrentes, violência baseada no género, equidade e igualdade de género, fertilidade e infertilidade (masculina/feminina) e maternidade segura.
 - Desenvolver programas que capitalizem os espaços de sociabilidade existentes entre jovens e que incentivem diálogos e conversas sobre temas relativos a sexualidade, SSR, atitudes e comportamentos sexuais seguros.
 - Sensibilizar os responsáveis dos ritos de iniciação de modo que este momento educativo seja capitalizado para a consciencialização de mensagens de incentivo ao retardamento da actividade sexual, reprodutiva e o casamento precoce.

PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS E BOAS PRÁTICAS

- Promover e incentivar pesquisas que cataloguem experiências, boas práticas bem como lições aprendidas das intervenções em curso no país e na região para informar e melhorar programas sobre sexualidade e SSR.

ABORDAGEM DE GÉNERO E FACILITAÇÃO DE ACESSO À SERVIÇOS

- Desenvolver programas que implementem e incentivem acções de mobilização dos chefes tradicionais e organizações comunitárias existentes na realização de campanhas sobre género, SSR, HIV e SIDA, com ênfase na aceitação, procura e utilização dos serviços de saúde pelos jovens do sexo masculino e homens no geral.
- Promover a expansão dos serviços amigos de adolescentes e jovens e implementar acções que facilitem a sua aceitação, procura e utilização por adolescentes e jovens.

ABORDAGEM MULTISectorial

- Reforçar a abordagem inter e multisectorial para capitalizar as capacidades existentes no MINED, MISAU e MJD.

VIII. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. V. D. (2003) ANTROPOLOGIA E SEXUALIDADE: Consensos e Conflitos Teóricos em Perspectiva Histórica. *A Sexologia, Perspectiva Multidisciplinar*.
- BAGNOL, B. & MARIANO, E. (2006) ESTUDO “GÊNERO, SEXUALIDADE E PRÁTICAS VAGINAIS”: Pesquisa qualitativa realizada na cidade de Tete e no distrito de Changara de Julho a Setembro 2005.
- GUNE, E. (2008) Momentos Liminares: Dinâmica e Significados no uso do Preservativo. *Análise Social*, Xliii, 297-318.
- GRAÇA, F. L. B. D. (2002) HIV/AIDS prevention and d care in Mozambique, a socio - cultural approach: Literature and insitutional assement, and case studies on Manga, Sofala Province and Morrumbala Disctrict, Zambézia Procince. Maputo, UNESCO.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICAS. (2003) Inquérito demográfico e de saúde. INE & MISAU.
- LOFORTE, A. (2007a) *Inequidades e Valores em Saúde Reprodutiva: Vulnerabilidade das Mulheres num Contexto de Feminização da Sida*, Barcelona, Medicus Mundi.
- LOFORTE, A. M. (2007b) Noções de sexualidade: respondendo às necessidades dos jovens em matéria de saúde sexual e reprodutiva. *Outras Vozes*. WLSA Moçambique.
- LOFORTE, A. M. (2003) Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações sobre Saúde e Doença
- IN CENTRO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO FACULDADE DE LETRAS UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE (Ed.) *Workshop sobre os determinantes do HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo.
- MANUEL, S. (2004) Love and desire: concepts, narratives and practices of sex amongst youths in Maputo City. *Department of Social Anthropology*. Cape Town, University of Cape Town.
- (2005) Obstacles To Condom Use Among Secondary School Students In Maputo City, Mozambique. *Culture, Health And Sexuality*, 7, 293-302.
- MARIANO, E. & PAULO, M. (2009) *Infertilidade, Fertilidade: áreas escondidas do nosso quotidiano?* Maputo, Kula, Lda.
- MARIANO, E. (2009) (De)-objectification of the body: the women's subjectivity in the construction of sexuality and sexual health in Mozambique, European conference on African Studies 2009, University of Leipzig, Institute of african studies.

-
- MARIANO, E. (2007) projecto-piloto de Diálogo entre Medicina Tradicional e convencional para uma prevenção do HIV/SIDA culturalmente sustentável. Relatório de pesquisa sul (ainda por publicar)
- MATSINHE, C. (2005) *Tábula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*, Maputo, Textos Editores Lda
- MEDEIROS, E. (1997) Notas para o estudo dos ritos de iniciação da puberdade em Moçambique. IN PENDOR, E. (Ed.) *Educação, Empresas e Desenvolvimento em Moçambique*. Évora.
- MUSSÁ, F., CHANGANE, H. & MACAVE, P. (2003) Estudo qualitativo sobre comportamento sexual e HIV/SIDA na região norte de Moçambique: EQUANORTE. *Relatório final*. Maputo, PSI.
- MUSSÁ, F. & INHAMUSSUA, C. (2002) O papel da confiança nas decisões sexuais dos jovens. Maputo, PSI.
- PASSADOR, L. H. & THOMAZ, O. R. (2006) Raça, sexualidade e doença em Moçambique. *Revista Estudos Feministas*, 14, 263-286.
- PAULO, M. (2009) Percepções sobre a Fertilidade no Bairro da Mafalala. IN KULA (Ed.) *Infertilidade, Fertilidade: áreas escondidas do nosso quotidiano?* Maputo.
- PSI (2002) Inquérito Nacional Sobre a Prevenção do Sida, Comportamento Sexual e uso do Preservativo. *Relatório Final*. Maputo, PSI Moçambique.
- SALMON, P. L'unwali: une école d'amour africaine. In Karthala (Ed) *Histoire Sociale de l'Afrique de l'est (XIXe - XXe Siècle)*. Département d'Histoire de l'Université du Burundi.
- VERACRUZ, G. (2009) *Atitudes e Comportamentos sexuais: uma introdução aos estudos científicos sobre a sexualidade*, Maputo, Imprensa Universitária.