
ESTUDO DE BASE & DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

CONSTRUÇÃO DA PONTE SOB O RIO
ZAMBEZE
CHIMUARA E CAIA

ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE & COMBATE AO HIV/SIDA

Produzido por:



Para:



ASDI
Agência Sueca de
Desenvolvimento Internacional

Maputo, Janeiro de 2006

FICHA TÉCNICA:

GRUPO DE REFERÊNCIA

Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional – ASDI: MARIA AGUIAR
Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional – ASDI: CARLOS FORTES
Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional – ASDI: LISBET SODERLING
Director do Gabinete da Ponte sob o Zambeze – ANE: ELIAS PAULO
Unidade de Assuntos Sociais e Meio Ambiente – ANE: ANGÉLICA AGUILERA
Unidade de Assuntos Sociais e Meio Ambiente – ANE : ANGELINA BALATE

EQUIPE DE PESQUISA

KULA: Estudos & Pesquisas Aplicadas, Lda.

kula.epa@teledata.mz

Pesquisador Principal: CRISTIANO MATSINHE
Especialista Métodos Quantitativos: CARLOS ARNALDO
Assistente de Pesquisa: FERNANDO MANJATE
Assistente de Pesquisa: LUCIANO SABINO

TRANSCRIÇÃO & DIGITAÇÃO

Digitação de Dados Quantitativos:
Transcrição de Entrevistas Qualitativas: NEUSA TORRES

MAPAS & FOTOGRAFIAS

Mapas: IZÍDIO NHAMTUMBO
Fotografias: CRISTIANO MATSINHE
Fotografias: FERNANDO MANJATE

ÍNDICE

ABREVIATURAS -----	4
I. INTRODUÇÃO-----	5
II. OBJECTIVOS DO ESTUDO -----	8
III. METODOLOGIA -----	10
IV. RESULTADOS -----	14
IV.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA-----	14
IV.2. CARACTERIZAÇÃO DOS SITES DE PESQUISA – PERFIS DISTRITAIS-----	16
IV.3. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DAS POPULAÇÕES ABRANGIDAS-----	17
IV.4. ASPECTOS GERAIS DE SAÚDE -----	23
IV.4.1. REDE SANITÁRIA -----	23
IV.4.2. DOENÇAS MAIS FREQUENTES -----	24
IV.5. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS EM RELAÇÃO AO HIV/SIDA -----	28
IV.5.1. PREVALÊNCIA DO HIV -----	28
IV.5.2. CONHECIMENTO SOBRE O HIV/SIDA -----	28
IV.5.3. TESTE DE DTS E HIV/SIDA -----	29
IV.5.4. USO DO PRESERVATIVO -----	31
IV.5.5. PERCEPÇÕES E ATITUDES SOBRE HIV/SIDA -----	33
IV.5.6. SEXO COMERCIAL E TRANSACCIONAL -----	37
IV.6. ÁGUA, HIGIENE E SANEAMENTO -----	41
IV.7. REDES DE APOIO E IEC-----	45
V. PRINCIPAIS CONCLUSÕES -----	47
VI. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS – Acções -----	49
VII. OPÇÕES E FORMAS DE INTERVENÇÃO-----	56
REFERÊNCIAS-----	59

ABREVIATURAS

ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntária
COVs	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CS	Centro de Saúde
DTSS	Doenças de Transmissão Sexual
EIA	Estudo de Impacto Ambiental
GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária
IEC	Informação Educação e Comunicação
IO	Infecções Oportunistas
ITSS	Infecções de Transmissão Sexual
PS	Posto de Saúde
PVHS	Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA
SAAJ	Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens

I. INTRODUÇÃO

A ponte sobre o Rio Zambeze é considerada um elo vital de ligação entre a região sul e a região norte de Moçambique. A expectativa é de que a construção da ponte venha a facilitar o fluxo comercial entre o Sul e o Norte assim como estimular o crescimento da economia no vale do Rio de Zambeze. A ponte vai ligar, directamente, a localidade de Caia na margem sul do rio Zambeze e Chimuara na província da Zambézia.

No âmbito dos preparativos do grande projecto de construção da ponte sobre o rio Zambeze, a Agencia Sueca de Desenvolvimento Internacional (ASDI) em parceria com a Administração Nacional de Estradas (ANE) convidaram uma equipe de consultores independentes para a realização deste Estudo de Base e Diagnóstico de Necessidades. O objectivo geral do estudo é produzir uma análise sobre a actual situação do HIV/SIDA e Saúde Pública, em geral, bem como enunciar as principais linhas estratégicas que devem ser adoptadas para orientar as acções de prevenção da degradação das condições de saúde pública e agravamento da prevalência do HIV/SIDA, em decorrência da grande infusão de mão-de-obra que se espera que venha a ocorrer com o arranque do projecto de construção da ponte.

O estudo, que foi realizado entre os meses de Outubro e Dezembro, com o trabalho de campo a ser realizado em Novembro, é composto por 5 partes excluindo esta introdução. Na parte relativa aos *Objectivos do Estudo* são aprofundadas as principais razões que nortearam a realização deste estudo que incluem, entre outras, a necessidade de se estabelecer indicadores de base, que permitam monitorar a progressão dos impactos do projecto de construção da ponte à médio e longo prazos, estabelecer parâmetros operacionais, e adopção de mediadas relevantes e contextualmente bem informadas para a inclusão das componentes de prevenção e mitigação dos efeitos do HIV/SIDA e promoção da saúde pública no raio de influencia do projecto de construção da ponte e áreas afins.

Na parte III, relativa à *Metodologia*, são avançados os pressupostos metodológicos que orientaram a realização deste estudo, que combina abordagens qualitativas e quantitativas, com amostras que abarcaram mais de 600 inquiridos nas localidades de Caia e Chimuara. A combinação destes métodos mostrou-se bastante elucidativa para a compreensão e interpretação dos dados e informações que caracterizam as duas comunidades de estudo em termos sócio-culturais.

Os *Resultados* deste estudo são apresentados no ponto IV, que recupera aspectos considerados na revisão bibliográfica, preliminarmente realizada na altura de preparação dos protocolos de pesquisa. A apresentação dos resultados também está subdividida em secções, que destacam: primeiro, as características dos agregados familiares abrangidos pelo estudo; segundo, os aspectos gerais de saúde; terceiro, o nível de conhecimento, atitudes e práticas relativas ao HIV/SIDA e; quarto, as condições gerais de higiene, água e saneamento que caracterizam as duas localidades. Em seguida são arroladas as instituições que desenvolvem actividades a nível local e as suas áreas de intervenção.

Na parte subsequente, *Conclusões*, que também está organizada por áreas temáticas, são sintetizados os principais achados do estudo, que dão indicações de que: em relação às características dos agregados familiares, constatou-se que o nível de escolarização é baixo, com uma taxa de analfabetismo na ordem dos 75%, com a maioria da população vivendo da agricultura. A prevalência da poligamia é de cerca de 14%. A maior parte dos residentes nos

sites de pesquisa são nativos, mas existem um considerável número de pessoas que são originárias de outros lugares e que fixaram residência no local a menos de 10 anos.

Em relação aos aspectos de saúde, constatou-se que a rede sanitária dos distritos de Caia e Mopeia é bastante precária e, os sites do estudo e de implantação do projecto de construção da ponte são servidos por um Centro de Saúde (Caia) e um Postos de saúde (Chimuara) que contam somente com um médico e pouco menos de 12 funcionários com qualificações médias e elementares. A Malária, a Cólera e a Tuberculose são as doenças mais frequentes na área do estudo, ainda que a maior parte dos inquiridos tenha dado indicações de conhecer as formas para sua prevenção e tratamento. As unidades sanitárias e os curandeiros são as principais entidades para as quais as pessoas recorrem em busca de tratamento para estas e outras doenças, embora casos de auto-medicação também tenham sido reportados.

O conhecimento genérico sobre a existência do HIV/SIDA é quase universal na área de estudo, tendo como principais fontes de disseminação a rádio, familiares, amigos ou vizinhos, unidades sanitárias, activistas de saúde e jornais/revista/folhetos. No entanto o grau de conhecimento sobre aspectos concretos da epidemia é ainda baixo, sobretudo no que se refere à distinção entre HIV e SIDA, formas de transmissão e relação entre o número de parceiros e as probabilidades de infecção pelo vírus do HIV.

Mais de 90 por cento dos inquiridos nunca fizeram o teste de DTS e/ou HIV citando como principais razões o medo de saber os resultados, nunca ter precisado, falta de tempo, desconhecimento da existência do teste ou falta de acesso ao teste.

Apesar de quase todos conhecerem o preservativo, o seu uso é baixo, menos de 20% usa preservativo nas suas relações sexuais. O índice de uso do preservativo é ainda mais baixo (menos de 10%) nas relações sexuais com parceiro/a não regular ou ocasional sem pagamento. Entre as principais razões para o não uso do preservativo nas relações sexuais destacam-se o “não gostar” e “não ter pensado nisso”.

Em relação às condições de higiene, água e saneamento, a análise indica que apenas um quarto dos agregados familiares inquiridos está localizado perto de charcos ou águas estagnadas, mas a maioria usa água imprópria para confeccionar alimentos ou higiene pessoal, pois apenas 15% declarou usar água totalmente limpa, enquanto cerca de 60% usa água parcialmente limpa e 25% turva. A situação pode ser ainda pior, porque o conceito de água limpa é subjectivo e pode variar de entrevistado para entrevistado.

As duas localidades debatem-se com sérios problemas de manuseio do lixo, sobretudo nas áreas de concentração de pessoas como os mercados e barracas muitas delas erguidas ao redor dos sites de implantação do projecto de construção da ponte. A falta de latrinas ou, nos casos em que existam, a baixa profundidade das latrinas abertas são também problemas que caracterizam os dois sites de pesquisa. Este quadro é agravado pela prática do fecalismo a céu aberto, que é considerado por muitos como um “hábito cultural”, poucas vezes pensado como tendo implicações no estado geral de saúde das comunidades e na proliferação de doenças.

Existem várias instituições intervindo nas duas localidades, sobretudo na área de combate ao HIV/SIDA, sendo que as áreas de higiene, saneamento e até mesmo provimento de água potável são bastante negligenciadas.

As *Recomendações* do estudo são detalhadamente apresentadas na secção respectiva no final do documento, onde são arroladas as acções a serem realizadas em relação à melhoria e consolidação da rede sanitária, incluído a melhoria do quadro de recursos humanos; a necessidade de se considerar o estabelecimento de parcerias com os médicos tradicionais, referidos como sendo uns dos principais provedores de serviços de saúde; envolvimento das organizações e associações locais em acções de consciencialização e combate ao HIV/SIDA, incluindo IEC em matérias de higiene e saneamento do meio. Acções específicas são recomendadas para os empregadores que irão absorver a massiva mão-de-obra que deverá ser envolvida no projecto de construção da ponte. Nas recomendações são também destacadas as abordagens e mensagens que devem ser consideradas para a campanha de prevenção e consciencialização sobre o HIV/SIDA e problemas de higiene e saneamento, assim como as principais formas de comunicação que deverão ser adoptadas.

As *Opções e Formas de Intervenção* são apresentadas na secção VII, na qual se recomenda a contratação de uma empresa privada ou organização não governamental, através de concurso público, para ser o principal responsável pela coordenação e implementação das acções de promoção de saúde pública e prevenção do HIV/SIDA nos sites de construção da ponte. As opções 2 e 3 apontam para a responsabilização da USAMA ou de cada sector governamental de tutela para a implementação das acções. Para cada opção são apresentados alguns pontos a favor e outros contra. Mas em última instância, nas considerações finais, independentemente da opção de implementação escolhida, recomenda-se o estabelecimento de parcerias entre os sectores público, privado e da sociedade civil, como condição indispensável para a implementação de acções multisectoriais integradas.

II. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo enquadra-se no âmbito do grande projecto de construção da ponte sobre o Rio Zambeze. O objectivo deste estudo de base e levantamento das necessidades é fundamentalmente fornecer uma informação de base para o nível pragmático e programático do arranque da implementação das actividades e fornecer subsídios e bases que possam ser usados durante e a *posterior* para informar e orientar o processo de construção da Ponte sobre o Rio Zambeze, no que concerne à abordagem a ter em conta em relação aos aspectos de HIV/SIDA e Saúde Pública.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

1. Produzir uma análise da actual situação em relação ao HIV/SIDA, problemas de saúde (cólera e malária) na área de abrangência do processo de construção da Ponte (Caia e Chimuara);
2. Produzir um levantamento de base sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas das populações ao redor da área de construção da Ponte, no que concerne ao HIV/SIDA e questões de Saúde Pública;
3. Produzir um documento de orientação para uma resposta estratégica que deverá ser adoptada e implementada durante o período de construção efectiva da ponte, respondendo aos desafios impostos pela infusão massiva de trabalhadores e prestadores de serviços diversos, incluindo o aumento nos aglomerados populacionais e famílias;
4. Produzir um plano de acção com recomendações específicas sobre áreas de intervenção, actividades a serem consideradas para implementação;
5. Fornecer uma base de dados com a listagem das instituições governamentais e não governamentais, incluindo de base comunitária com intervenções na área e indicar suas potencialidades para responder aos desafios de contribuir para a redução do risco de propagação do HIV/SIDA e degradação das condições de saúde e higiene na região.

A nível de programação das acções, o estudo de base visa:

- ✦ Providenciar informação operacional para uso na planificação, implementação e monitorização das actividades a serem implementadas durante a fase de construção da ponte;
- ✦ Fornecer informação sobre acções/interacções de referência tais como ONGs/OCBs operando na área, serviços sociais e de saúde, HIV/SIDA, e outras informações relevantes para a implementação do projecto;
- ✦ Identificar e avaliar os aspectos positivos e negativos a ter em conta na implementação do projecto, tais como questões culturais, hábitos e costumes, no que concerne a aspectos de HIV/SIDA e saúde pública;

- ✦ Fornecer informação de base sobre hábitos, crenças e percepções das populações da área, no que se refere ao HIV/SIDA, saúde e desenvolvimento local assim como canais e formas de intervenção nessas áreas, considerando os aspectos das relações de género;
- ✦ Identificar tópicos ou assuntos que possam merecer atenção especial e tratamento específico no âmbito da implementação do projecto;

No que concerne à monitoria e avaliação da performance, o Estudo visa:

- ✦ Fornecer informação de base sobre as características sócio-demográficas das comunidades abrangidas pelo projecto;
- ✦ Providenciar um marco, qualitativo e quantitativo, aplicável para monitorar a progressão dos projectos e os resultados alcançados ao longo tempo (durante os 3 anos de realização do projecto e após a sua finalização);
- ✦ Identificar e estabelecer indicadores específicos para medir/avaliar mudanças relacionadas que possam ocorrer nas comunidades de implementação do projecto e produzir uma análise fundamentada sobre as razões das mudanças ou persistências observadas (se em decorrência do projecto ou outros factores complementares).

III. METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida com recurso a metodologias combinadas, que integram abordagens qualitativas, quantitativas e técnicas participativas de envolvimento e auscultação comunitária. Em termos operacionais, foram desenvolvidos instrumentos de pesquisa qualitativa e quantitativa incluindo técnicas de envolvimento e participação comunitária, que foram incorporados no protocolo de condução de pesquisa, adoptado para o treinamento das equipas e orientação prática do processo de pesquisa. O protocolo de pesquisa ficou composto por:

- Síntese da revisão bibliográfica
- Instrumentos de recolha de dados Qualitativos
- Instrumentos de recolha de dados Quantitativos
- Técnicas de recolhas de dados
- Procedimentos e critérios de selecção dos inquiridores/ entrevistadores
- Metodologias de treinamento dos inquiridores/ entrevistadores

REVISÃO DA LITERATURA

Uma das etapas iniciais do estudo consistiu na revisão da literatura, que resultou na produção de uma análise bibliográfica que permitiu maximizar a compreensão dos aspectos já estudados e fornecer linhas de orientação para o desenvolvimento dos instrumentos e protocolos de pesquisa, bem como a identificação de tópicos e assuntos que deveriam merecer atenção especial durante a pesquisa (ver Anexo 1 – Revisão da Literatura). A revisão da literatura incluiu:

- Revisão dos documentos relevantes fornecidos pela UASMA/ANE e ASDI;
- Revisão da literatura sobre os estudos realizados nas zonas cobertas pelo projecto;
- Levantamento de dados secundários em relação as áreas temáticas do projecto.
- Uma revisão selectiva dos estudos anteriores, relacionados às áreas de HIV/SIDA, Higiene e Saneamento e Saúde (incluindo questões transversais relativas ao Género).

DEFINIÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA

ABORDAGEM QUALITATIVA

A definição do tamanho da amostra e selecção dos entrevistados para a pesquisa **qualitativa** obedeceu ao modelo de amostragem não probabilística, de *conveniência*, *prepositiva* e *intencional* que consiste no aproveitamento aleatório das oportunidades de pesquisa, e numa pré-caracterização da população que deveria ser abordada para a pesquisa. Neste caso, a amostra qualitativa considerou como aspecto orientador o facto de que a selecção dos entrevistados deveria levar em consideração os seguintes grupos populacionais e categorias sócio profissionais:

Principais Grupos Alvos

- ✦ Jovens Estudantes e não Estudantes
- ✦ População Geral (Homens e Mulheres)

- ✦ Responsáveis pela gestão da rotina doméstica (mulheres e raparigas)
- ✦ Profissionais da Saúde
- ✦ Profissionais da Educação
- ✦ Representantes de ONGs
- ✦ Líderes comunitários
- ✦ Chefes de agregados familiares
- ✦ Motoristas de Médio e Longo Curso
- ✦ Trabalhadoras de Sexo
- ✦ Comerciantes

A definição prévia dos grupos e categorias entrevistados, bem como o número de entrevistas e discussões em grupo realizadas, contribuíram para uma melhor organização do tempo, racionalização da estadia no campo e manutenção do foco nos grupos definidos como principal foco da pesquisa. Assim sendo, o número de entrevistas e discussões em grupo previstas no protocolo de pesquisa foram integralmente cobertas, na seguinte ordem: 8 discussões em grupos focais (4 por localidade); e 18 entrevistas individuais (com uma média aproximada de 9 por localidade). Todos os grupos acima destacados foram cobertos.



Discussão em grupo mulheres



Discussão em grupo homens

ABORDAGEM QUANTITATIVA

Para a componente **quantitativa** do estudo foi desenhada uma amostra probabilística seleccionada em duas etapas: a primeira consistiu na selecção das unidades mínimas de amostragem (bairro, célula, etc.) dentro de cada aldeia, com ajuda de uma tabela de selecção sistemática; e a segunda na selecção de agregados familiares dentro de cada unidade mínima de amostragem, utilizando uma tabela de selecção sistemática de agregados, com arranque aleatório. Para cada localidade foi seleccionada uma amostra independente de agregados familiares.

Foram seleccionadas, de forma aleatória, 51 aldeias localizadas nas localidades de Caia (distrito de Caia província de Sofala) e Chimuara (distrito de Mopeia província da Zambézia) e situadas dentro de um raio de 30 km a partir do local da construção da ponte sobre o Rio Zambeze para amostra. Em cada uma das aldeias foram seleccionados os agregados familiares incluídos no estudo, usando uma tabela de selecção sistemática de agregados, com arranque aleatório, elaborada para o efeito.

O tamanho da amostra foi calculado considerando que os resultados devem ter uma margem de erro máxima de 3.9% de totais, taxas, percentagens e razões das variáveis mais importantes de indicadores sócio-económicos da vida das comunidades da zona de influência, para um nível de confiança de 95%, e uma probabilidade de sucesso de 50% para as principais variáveis do inquérito.

No total foram seleccionados 612 agregados familiares, pouco mais que a metade (372) na localidade de Caia e os restantes na de Chimuarra.

A fórmula usada para a determinação da amostra dentro de cada localidade é a seguinte:

$$n = \frac{N(1.96)^2 PQ}{(1.96)^2 PQ + (N - 1)d^2}$$

onde:

N – é o número de agregados familiares na localidade, segundo o Censo populacional de 1997;

d – é a margem de erro fixada, neste caso em 3.9%;

P- é a proporção da população com um determinado atributo, neste caso, considerou-se a probabilidade de sucesso de 50%;

Q – é o complemento de P, isto é, Q= 1-P.

Para responder os objectivos preconizados, este tamanho de 612 agregados familiares foi alocado proporcionalmente à dimensão de cada localidade, e obteve-se a redistribuição apresentada na Tabela 1.

Para obter o número de aldeias a seleccionar em cada localidade, concebeu-se uma taxa de 12 agregados familiares amostrais por aldeia. Dividindo o número anteriormente obtido por 12, obtiveram-se as aldeias amostrais por localidade. Nos agregados familiares seleccionados foram entrevistados os seus respectivos chefes de agregados ou, na ausência do chefe do agregado familiar, um outro membro do agregado familiar adulto 18 anos ou mais, idóneo e com capacidade de responder pelo agregado.

Tabela 1: Alocação e distribuição da amostra

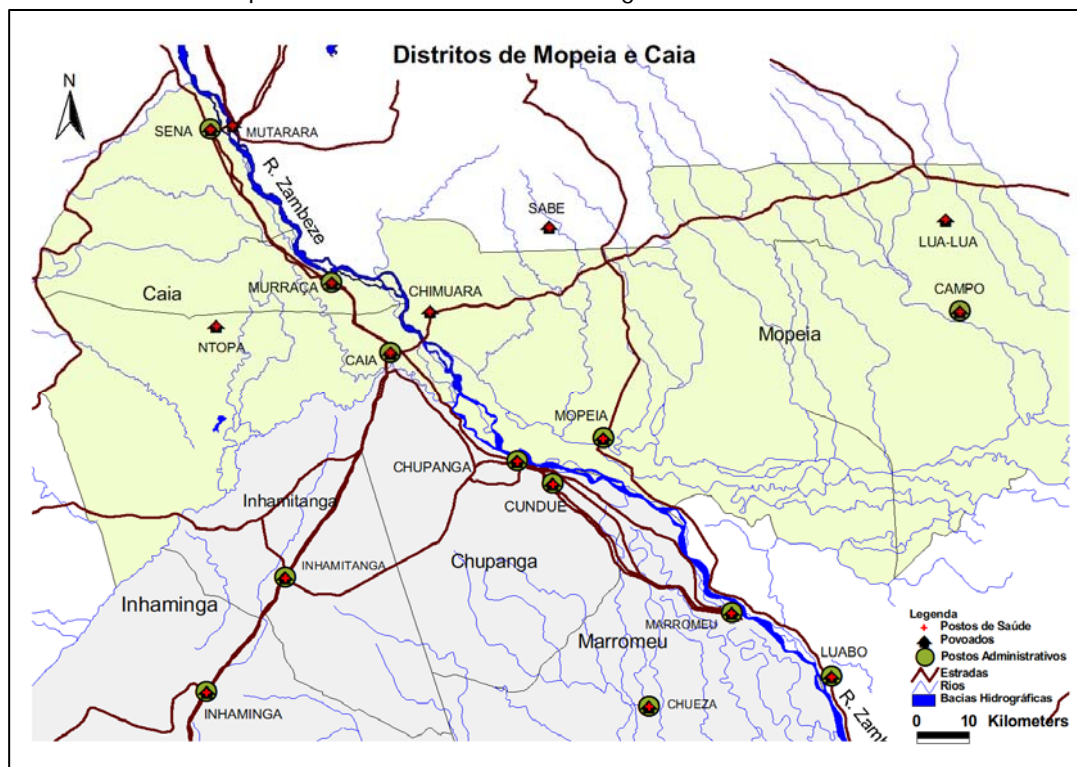
Província	Distrito	Localidade ou Vila	Local. - Censo '97		Nº de Agregados familiares	Nº de Aldeias
			Popul.	A. Famil.		
Sofala	Caia	Caia-sede	28680	5982	372	31
Zambézia	Mopeia	Chimuarra	23101	5521	240	20
Total			51781	11502	612	51

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuarra, 2005.

ÁREA DE COBERTURA E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas província de Sofala e Zambézia, nos distritos de Caia e Mopeia, Localidades de Caia e Chimuarra, com especial ênfase para as áreas abrangidas pelo projecto de construção da ponte sobre o rio Zambeze.

Mapa 1: Área de cobertura e abrangência do estudo



RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi feita durante um período aproximado de 12 dias. Uma equipe composta por 2 entrevistadores e 10 inquiridores procedeu a recolha de dados através de levantamentos interactivos, que incluíram *entrevistas individuais profundas*, *discussões em grupos*, observação, com recurso a múltiplas técnicas e instrumentos tais como Guiões de *Entrevistas semi-estruturadas*. Para o inquérito quantitativo foram administrados mais de 600 questionários, abarcando as duas Localidades. Dados complementares, secundários e registos fotográficos foram igualmente recolhidos. A recolha de dados no “campo” incluiu levantamento bibliográfico dos materiais documentais relevantes, eventualmente, disponíveis ao nível provincial e distrital. A recolha de dados foi realizada com recurso à língua portuguesa e Sena, através do envolvimento de inquiridores localmente recrutados e intensivamente treinados.

SUPERVISÃO E CONTROLE DE QUALIDADE

Com vista a assegurar a qualidade e validade dos dados recolhidos, o estudo procurou prestar atenção especial aos aspectos de supervisão e prestação de assistência contínua aos inquiridores e entrevistadores no terreno, através de sessões de confrontação e apreciação da coerência e sistematicidade dos dados recolhidos, complementaridade dos métodos e solução de problemas contingenciais de pesquisa que emergem no terreno, através de encontros regulares ao fim de cada ronda de recolha de dados.

PROCESSAMENTO E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados recolhidos foram devidamente codificados, transcritos e processados em banco de dados de modo a que todo o material bruto recolhido durante a pesquisa de campo esteja disponível para análises derivadas. O modelo usado para a análise de dados quantitativos é o SPSS.

IV. RESULTADOS

IV.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A maior parte da bibliografia existente sobre os distritos de Caia e Mopeia¹ é constituída por relatórios de Estudos sobre o Impacto Ambiental tais como o relatório do estudo sobre o impacto ambiental para a construção da ponte sobre o rio Zambeze²; O relatório da consulta pública feita nas capitais províncias da Beira e Quelimane e nas localidades directamente afectadas pelo projecto com representantes dos governos provinciais, distritais, das comunidades locais e com pessoas da sociedade civil; O relatório da "Análise da Pobreza e do Impacto Social do Projecto de Melhoramento da Travessia sobre o Rio Zambeze, Caia-Chimuara, Moçambique³; O "*Final Report, Baseline data collection 1997*"⁴ e; a Pesquisa Rápida, Perfis distritais do HIV/SIDA⁵.

Na sua generalidade estes relatórios são instrumentos elaborados para orientar as obras de reabilitação das estradas da região do vale do Zambeze e fornecem informações sobre medidas de mitigação dos potenciais impactos sócio-económicos e ambientais do projecto da construção da ponte sobre o rio Zambeze.

Os Estudos de Impacto Ambiental (EIA) centram-se nos potenciais impactos sócio-económicos dos projectos a ser executados na área da construção da ponte, recolhendo informações sobre os aspectos sociais, económicos, culturais e ambientais. Neste caso o relatório sobre a consulta pública é um excelente exemplo de auscultação da opinião pública, expressa pelas pessoas directas e indirectamente afectadas pelo projecto da construção da ponte sobre o rio Zambeze e que vieram a merecer atenção no EIA. Objectivamente, os EIAs sobre a ponte do rio Zambeze fornecem padrões ambientais para a construção e indicam as obrigações a ser observadas pela Administração Nacional de Estradas (ANE), os Empreiteiros e/ou Subempreiteiros e engenheiros consultores da construção da ponte sobre o rio Zambeze.

De forma específica a bibliografia sobre a área do projecto procura identificar os riscos e benefícios que a ponte pode trazer para as comunidades de Caia e Chimuara e traça propostas para aumentar os impactos positivos e contribuir para o desenvolvimento local, regional e nacional. Por exemplo, Akesson et al (2004) considera que para potenciar os aspectos positivos e reduzir a pobreza da população local há que observar medidas tais como: a necessidade de utilização da mão-de-obra local (com especial atenção para a mulher⁶), o envolvimento do empresariado nacional, dos sindicatos, das autoridades comunitárias, de investimentos complementares através da reabilitação das estradas terciárias e outras vias de acesso, da implementação de programas de créditos, de estimular a criação de associações

¹ Não se refere especificamente às localidades de Caia sede e Chimuara

² Impacto Lda, 2005 vol.I , II (PGA) e III (realizados pela impacto Lda. a pedido da ANE)

³ Akesson, Gunilla et al, 2004 (realizado a pedido da agência Sueca de Cooperação internacional para o Desenvolvimento-ASDI).

⁴ Austral Consultoria e Projectos, 2001.

⁵ Núcleo Provincial de Combate ao Sida- Zambézia (2005) (tem particular importância para a problemática do HIV/SIDA nos distritos da Província de Zambézia) .

⁶ As mulheres solteiras e as raparigas gozam de uma certa prioridade

agrícolas, reforço da capacidade dos hospitais locais, instalação do GATV e um centro de tratamento para os doentes de DTSS/ HIV/SIDA, a venda de redes mosquiteiras (para o combate da malária) deverá ser mais abrangente e ainda organizarem-se programas informativos sobre os riscos do HIV/SIDA e malária para trabalhadores e para toda população bem como o recrutamento dos trabalhadores locais para diminuir os riscos da propagação da doença.

Em relação às percepções sobre o impacto do projecto de construção da ponte, existem pequenas divergências sobre as implicações do empreendimento. Para Akesson et al (2004) existe uma percepção de que a existência da ponte vai diminuir a propagação do HIV/SIDA uma vez que esta irá acabar com a acumulação de pessoas e viaturas nas proximidades de Caia e Chimuara, podendo a prevalência aumentar durante a fase da construção. Porém, o relatório do EIA considera que os níveis de propagação podem aumentar mesmo na fase de operação porque a ponte vai atrair mais investimentos e serviços como turismo, para além da própria localização dos sites de construção que é um factor impulsionador (corredor de passagem obrigatória).

As medidas acima descritas mostram claramente que as questões económicas, sociais, culturais, HIV/SIDA e saúde pública⁷ nas comunidades de Caia e Mopeia, estiveram igualmente no centro de atenção nos estudos do Impacto Ambiental da construção da ponte sobre o rio Zambeze.

⁷ São de particular importância para o nosso estudo Akesson, Gunilla et al 2004; Johansson, Kajsa, 2004 e Matsinhe, 2005

IV.2. CARACTERIZAÇÃO DOS SITES DE PESQUISA – PERFIS DISTRITAIS

IV.2.1. DISTRITO DE CAIA

O distrito de Caia localiza-se no vale do Zambeze, a norte da província de Sofala e na margem sul do rio Zambeze. Divide-se em três postos administrativos (Caia sede, Murraça e Sena), que por sua vez possuem apenas uma única localidade. A localidade de Caia Sede é a mais próxima da área do projecto de construção da ponte.

O distrito tem uma superfície de 3.477 km², uma população projectada de 94,157 habitantes em 2005 dos quais 52% são do sexo feminino e uma densidade populacional de 24,7 habitantes por Km² (INE 2004). Do total da população do distrito de Caia 31 400 pertence à localidade de Caia sede. A maior parte da população vive dispersa nas áreas rurais (60% da população) e o remanescente vive nas sedes dos postos administrativos.



IV.2.2. DISTRITO DE MOPEIA (CHIMUARA)

Mopeia localiza-se na parte sul da província de Zambézia, ao norte faz fronteira com o distrito de Morrumbala, a noroeste, com o distrito de Mutarara - Tete, no sul com o distrito de Chinde e a oeste com a província de Sofala, através do rio Zambeze. O distrito tem uma superfície de 12, 823 km² e uma população projectada de 87,511 habitantes dos quais 51% são do sexo feminino (INE 2004) e na sua maioria predominantemente rural, que se distribui de forma irregular no interior dos distritos e em agrupamentos urbanos ao longo do corredor da estrada nacional número 1 (EN1) e das margens do rio Zambeze.

O distrito de Mopeia divide-se em dois Postos Administrativos (Mopeia Sede e Campo) que



por sua vez se dividem em oito localidades. Chimuara é a localidade que se encontra mais próxima da área do projecto da construção da ponte sobre o rio Zambeze.

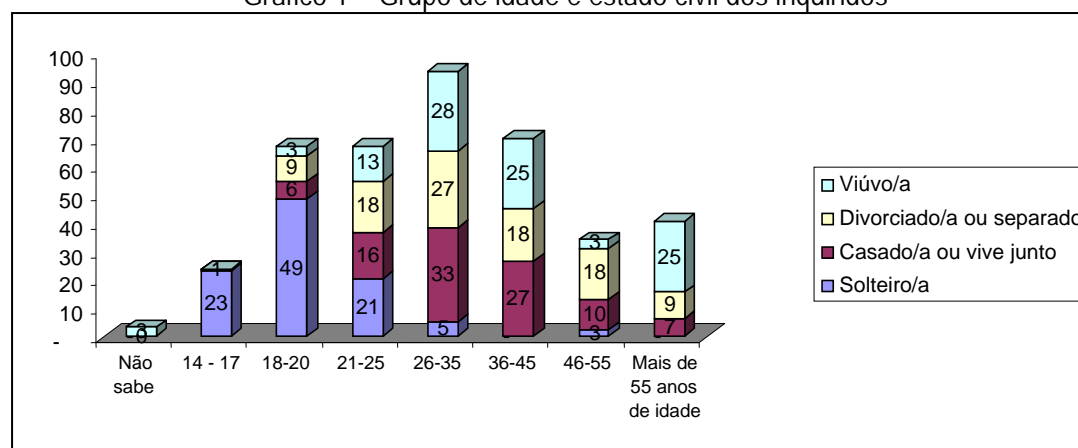
Esta localidade é a segunda, depois de Cuacua, que tem maior concentração da população do distrito de Mopeia (19% da população total) onde a densidade populacional é de 5,6 km².

IV.3. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DAS POPULAÇÕES ABRANGIDAS

Foram abrangidos pelo estudo 612 agregados familiares, 372 em Caia e 240 em Chimuara. Cerca de 23% dos agregados familiares abrangidos pelo estudo são chefiados por mulheres, sendo 27% em Caia e 17% em Chimuara. Em termos etários, os chefes dos agregados familiares abrangidos são relativamente jovens com uma média de idades de 35 anos (37 em Caia e 32 em Chimuara), com cerca de 69 por cento deles com idades inferiores a 40 anos.

Mais de 85% dos chefes dos agregados familiares abrangidos são casados e cerca de 14% estão em uniões poligâmicas. Numa perspectiva de desagregação etária, a maioria das pessoas que responderam ser solteiras pertence ao grupo etário dos 18-20 anos enquanto os que responderam ser casados concentram-se no grupo etários dos 26 a 45 anos. Note-se também que os que responderam ser divorciados ou viúvos também se concentram neste grupo etário e ainda no grupo dos mais de 55 anos de idade.

Gráfico 1 – Grupo de idade e estado civil dos inquiridos



Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuara, 2005.

Apesar de a percentagem de entrevistados em uniões poligâmicas ser apenas 14%, em termos qualitativos, a percepção das mulheres tende a exacerbar este fenómeno, dando indicações de ser uma prática comum, e que seria decorrente da escassez de homens em Caia⁸. De acordo com as mulheres entrevistadas:

"Precisamos de homens aqui há falta de homens aqui, esta full mulheres, você apanha um homem com três, quatro, mulheres, você apanha um homem com 3 mulheres, outra tem 5 filhos, outra tem 9, outra com 6, depois essas crianças crescem de qualquer maneira e quando vem que estão sofrer demais são essas que vão lá no rio ficar com homens grandes..." (Discussão em grupo, mulheres domésticas, Caia).

A falta de homens para casar ou de um marido, é motivo de preocupação para as mulheres e está também ligado a percepção de que a mulher solteira e sem parceiro não é bem vista ou respeitada socialmente, e à ideia de que uma mãe solteira não tem garantias de sobrevivência, uma vez que, segundo os interlocutores, o homem é quem geralmente tem

⁸ . Além das explicações economicistas que consideram que os homens procuram casar-me com duas ou três mulheres como forma de arremeter mão-de-obra barata a ser envolvida nos trabalhos agrícolas.

responsabilidade pela família o que faria com que muitas mulheres preferam estar com um homem que tem mais de uma mulher à estar sozinha ou solteira. Na sequência da discussão em grupo foi indicado que:

"é hábito dos homens...mas há outras mulheres que os maridos morreram com guerra...outros homens não fazem por querer, as mulheres preferem ir estar naquele sitio que já tem 3 mulheres, para prevenir ai, só basta ser dito que aquela senhora é mulher de fulano só isso chega, mesmo que ela tenha outras ai ou casa outra menina, basta prevenir, para não dizerem que aquela não tem homem!" (idem).

Perto de metade (48%) dos chefes de agregados entrevistados não professa nenhuma religião. Dos que tem religião, a maioria professa a religião Cristã (26% católicas e 23% protestantes/evangélicos). O nível de escolaridade dos entrevistados é baixo, pois mais de 75% nunca frequentaram uma escola ou não chegaram a completar o nível primário e apenas 2.5% é que completaram o nível secundário. Como consequência do baixo nível de instrução, cerca de 88% dos entrevistados são camponeses e da falta de oportunidades profissionais nenhum tem emprego assalariado (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição percentual dos agregados familiares segundo profissão do chefe

Profissão	Localidade		Total
	Caia	Chimuara	
Camponês	96.2	74.2	87.6
Comerciante	0.3	10.8	4.4
Pescador	0.5	1.3	0.8
Estudante	0.0	3.3	1.3
Outra	3.0	10.4	5.9
N	372	240	612

Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuara, 2005.

A maior parte da população activa trabalha no sector agrícola, comércio informal, na pesca artesanal, na criação de gado bovino, caprino e espécies de pequeno porte, assim como na exploração florestal e da fauna.

As populações de Caia e Chimuara dedicam-se principalmente à agricultura, a terra é adquirida por herança e geralmente pertence aos homens. Nas duas localidades a maior parte da terra cultivada é ocupada pelo sector familiar que pratica várias culturas nos dois tipos de solos existentes na área (sequeiro e baixa). Geralmente, as maiores machambas das famílias estão no sequeiro e os solos da baixa encontram-se ao longo das margens do rio Zambeze onde se pratica uma agricultura variada.



As principais culturas produzidas são o milho, o algodão, a gergelim, a mapira, o arroz, a batata-doce e hortícolas. Destas culturas, algodão e gergelim são de rendimento sendo que a cultura de arroz tem falta de agentes económicos que se dedicam a sua comercialização. A produtividade na agricultura tem registado declíneos decorrentes dos efeitos da seca que afecta a região, e da fraca capacidade instalada de aproveitamento das águas do rio Zambeze.

Nas duas localidades existem associações de camponeses e alguns agricultores privados, estes últimos também dedicam-se à criação de gado bovino⁹ e a exploração florestal que tende a aumentar, aproveitando-se da existência, nos dois distritos, de uma floresta densa e diversificada onde a fauna é abundante. O distrito de Caia dispõem de duas coutadas¹⁰.

Os camponeses dos dois distritos contam com o apoio de extensionistas (8 técnicos da Visão Mundial em Mopeia e 14 extensionistas da DDADR, FHI, CCM e CNA) que desenvolvem actividades, que incluem o envolvimento preferencial de mulheres. Para além da agricultura a pecuária é também praticada, com a criação de gado bovino, caprino, suínos, aves, ovinos. Os criadores são ameaçados pela doença das aves (New castle) que está a atacar as galinhas. A falta de cobertura pela assistência veterinária, o fraco poder de compra de animais, medicamentos e drogas para animais, bem como as dificuldades de compra e venda de animais são os maiores problemas dos criadores de gado bovino, suíno, caprino e de pequenas espécies.

O comércio informal de diversos artigos e o envolvimento em sexo transaccional, tem se afirmado como outras formas de geração de rendimentos. A actividade comercial, que se caracteriza muitas vezes por pequenas barracas ou vendedores ambulantes que comercializam produtos de primeira necessidade, é praticada principalmente nos mercados, dos dois distritos e nas margens do Rio. As dificuldades encontradas nesta actividade estão relacionadas com os baixos lucros na actividade comercial e com a falta de clientes, além das condições de higiene e saneamento do meio que são precárias.



⁹Nas zonas ao longo do rio Zambeze enquanto que o caprino se concentra no interior

¹⁰ Akesson, G. et al, 2004:50

A tabela 3 mostra a distribuição percentual dos agregados familiares de acordo com o número de membros que os compõem. Os dados mostram que existe na área de estudo uma predominância de agregados familiares compostos por mais de 7 membros (37%) seguindo-se os de 5 a 6 membros (34%), 3 a 4 (23%) e, por último, os de 1 ou 2 membros (6%). Em média, os agregados familiares abrangidos por este estudo são compostos por 6 pessoas, 3.3 dos quais com idade inferior a 15 anos.

Tabela 3: Distribuição percentual de agregados familiares por número de membros

Nº membros AF	Localidade		Total
	Caia	Chimuará	
1-2	5.6	5.8	5.7
3-4	24.5	21.3	23.2
5-6	31.7	37.5	34.0
7+	38.2	35.4	37.1
Tamanho médio do AF			
Total membros AF	5.8	6.2	6.0
Membros 0-14	3.3	3.3	3.3
Membros 15+	2.6	2.9	2.7
N	372	240	612

Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Durante a pesquisa não houve indicações de existirem famílias chefiadas por crianças. Nos casos em que as crianças ficam órfãs de ambos os progenitores a tendência é que um dos membros da família passe a ser responsável pelas crianças ou as acolha, o que não significa que as crianças órfãs não se encontrem em situação de vulnerabilidade, pois o cenário em que vivem já é caracterizado pela pobreza, e com muita facilidade as crianças órfãs são impelidas a se envolverem em actividades de geração de rendimentos, em detrimento da frequência da escola. O sector da educação é considerado como sendo o que mais abertura tem para acolher as COVs, e lhes tem assegurado acesso gratuito, incluindo o fornecimento de materiais. Algumas ONGs tem centrado a sua actuação na identificação e apoio de COVs.

Perto da metade (45%) dos entrevistados são naturais da área de estudo. Os que não nasceram na área de estudo, a maioria (40%) vive na área a menos de 10 anos e 26% a menos de 5 anos, o que revela um elevado grau de atracção aos migrantes na área de estudo. Este quadro certamente que será agravado com o desencadeamento do processo de construção da ponte, que deverá atrair cerca de 2.500 trabalhadores das redondezas e de áreas distantes.



Ciclistas na travessia Chimuará – Caia

Tabela 4: Distribuição percentual dos entrevistados segundo tempo de residência na área

	Localidade		Total
	Caia	Chimuara	
Desde que nasceu	40.6	51.3	44.8
1 a 5 anos	33.3	16.7	26.8
6 a 10 anos	12.1	15.8	13.6
11 a 15	7.0	7.1	7.0
16 a 20	1.9	2.9	2.3
Mais de 20 anos	1.9	3.3	2.5
Não sabe	3.2	2.9	3.1
N	372	240	612

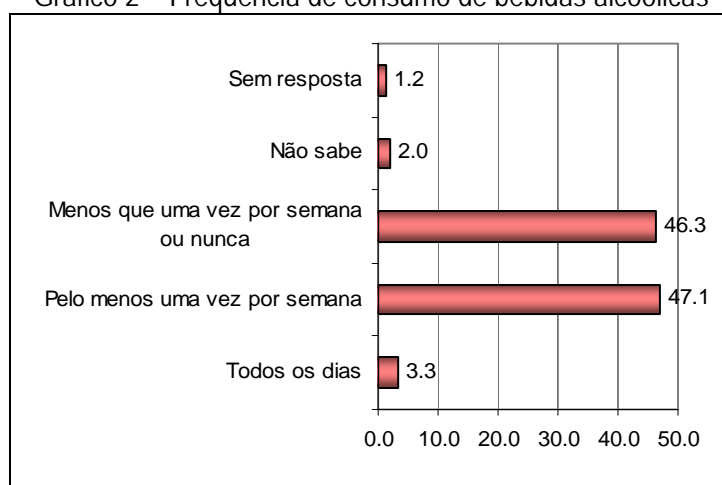
Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuara, 2005.

A maior parte da população vive de forma dispersa em pequenos povoados nas zonas do interior dos postos distritais enquanto que ao longo das estradas, nas sedes distritais e nas vilas a maioria vive em aglomerados populacionais organizados em bairros. Os casamentos nestas localidades são regidos por normas tradicionais. Existe divisão sexual de trabalho com maior tendência a exclusão da mulher em actividades de liderança na comunidade (podendo apenas exercer de forma indirecta).

Os eventuais conflitos que têm aparecido estão geralmente relacionados com acusações de feitiçaria, roubos, crimes e conflitos de terra e são resolvidos ao nível do distrito pelas estruturas locais (Mopeia com 8 tribunais e 4 postos policiaes e Caia com 3 tribunais) com a ajuda do chefe da povoação e do régulo. A estabilidade social é garantida pelos diferentes sistemas de entreaajuda familiar, com especial destaque para as redes religiosas, que representam importantes estruturas de garantia de coesão social.

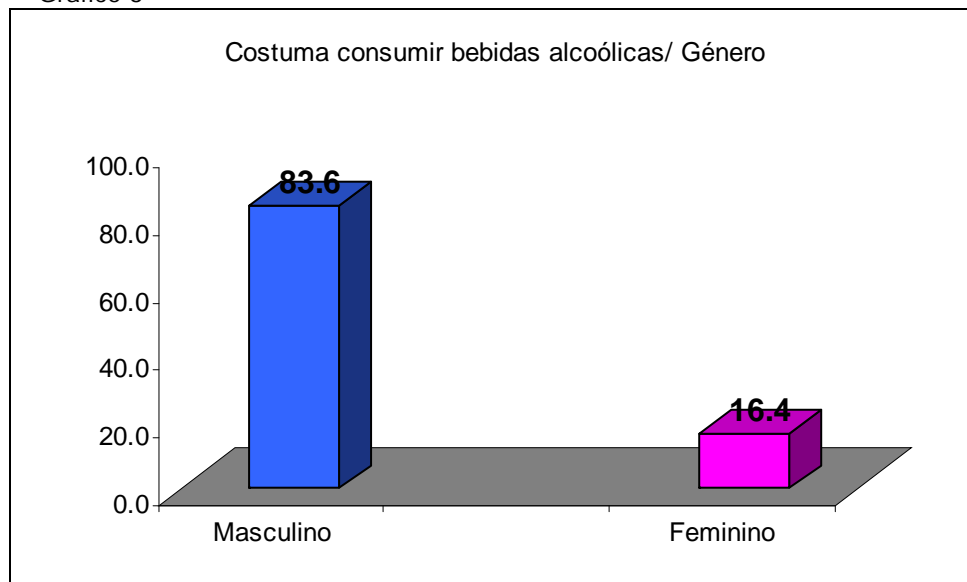
O consumo de bebidas alcoólicas de fabrico caseiro e ou industrializado foi reportado por pouco mais 40% dos inquiridos, como uma prática comum. Sobre a frequência de consumo das bebidas alcoólicas, durante os últimos 4 meses, cerca da metade dos entrevistados (50%) afirmaram consumir com regularidade semanal, sendo que 47% afirmaram consumir pelo menos uma vez por semana e 3 % afirmaram consumir todos os dias. A outra metade dos entrevistados que declararam consumir bebidas alcoólicas fá-lo com menor regularidade.

Gráfico 2 – Frequência de consumo de bebidas alcoólicas



Por sexo, os dados mostram que o consumo de álcool envolve um maior número de homens que de mulheres. Dos entrevistados que afirmaram consumir álcool 83.6% são homens enquanto que apenas 16.4% são mulheres, não obstante o facto de muitas mulheres estarem envolvidas nos processos de fabrico e comercialização caseira de bebidas alcoólicas.

Gráfico 3



Estes dados mostram que o consumo de bebidas alcoólicas é também um importante indicador da dinâmica social que poderá ser medido e comparado com a infusão de capital em decorrência do empreendimento de construção da ponte, assim como é um aspecto a ter em consideração na altura de discutir factores de vulnerabilidade à comportamentos de risco face ao HIV/SIDA.

IV.4. ASPECTOS GERAIS DE SAÚDE

IV.4.1. REDE SANITÁRIA

Na Localidade de Caia-Sede existe somente um Centro de Saúde, que dispõe de apenas 1 médico e 3 técnicos médios, complementados por 2 enfermeiros e 2 técnicos elementares. A capacidade instalada é de 45 leitos na enfermaria geral, 10 na maternidade, e 20 para o atendimento de casos de tuberculose. A unidade sanitária mais próxima do centro de saúde de Caia-sede situa-se a 17 km de distância (Centro de Saúde de Murraça). As restantes unidades sanitárias distam de 24 à 60 km (CS Sena, Murema, Deve, Ndoro, Seup, Ntopa, Kapassane). Todas as unidades sanitárias periféricas tem uma capacidade instalada ainda menor do que o Centro de Saúde de Caia, seja em recursos humanos como em termos de instalações e equipamento.



A localidade de Chimuara dispõe somente de um Posto de Saúde, servido por 1 enfermeiro elementar e 1 agente polivalente de saúde. A localidade de Chimuara, assim como todo o distrito de Mopeia, dispõe de uma rede sanitária ainda mais frágil, contando com somente 2 técnicos médios no centro de Saúde de Mopeia. As restantes unidades sanitárias de Mopeia (Centro de saúde de Campo, Posto de Saúde de Catal, Lualua, Chimuara, Gulamo e Chibazo) são servidas por 1 ou dois técnicos elementares.

De modo geral as unidades de saúde disponíveis nas proximidades da área da construção da ponte (Caia sede e Chimuara) prestam serviços de cuidados primários de saúde, medicina preventiva, atendimentos aos serviços pré-natais e de saúde materno infantil. O CS de Caia também presta serviços de estomatologia e laboratório.

O atendimento nas unidades sanitárias é quase gratuito, isto é os utentes tem que pagar 1000 meticais para consulta e 1000 meticais para comprar os medicamentos, independentemente do tipo de medicamento. Segundo os profissionais da saúde entrevistados, alguns doentes que justifiquem não possuir os recursos financeiros requeridos são igualmente atendidos.

As duas unidades sanitárias debatem-se com o problema da falta de medicamentos, falta de material cirúrgico, falta de água (particularmente em Chimuara), falta de espaço físico para responder à crescente demanda por serviços de saúde, além de recursos humanos, seja em termos de número como em termos de qualificação. Os casos considerados críticos são referidos ou transferidos para Quelimane, Beira e Chimoio, pelo menos em teoria, mas na prática a capacidade de efectuar essas transferências é nula por falta de meios nas unidades sanitárias e nas famílias dos doentes.

Além destes problemas estruturais levantados sobre as unidades sanitárias, os profissionais da saúde levantam também a dificuldade de administração de algumas terapias, devido ao facto de que alguns doentes são relutantes ou incrédulos em relação aos medicamentos de administração oral, o que leva à falência da terapia e agravamento da doença. Não foi possível

aprofundar sobre as razões desta crença, mas presume-se que esteja muito associada à crença na eficácia da injeção, que é muito similar incisões praticadas na medicina tradicional. De acordo com o depoimento:

"estamos numa zona que...as pessoas não sei com que bases, as pessoas dai da margem tem tendência a resistir a medicamentos orais...quando são prescritos medicamentos orais, eles acham que não se fez nada em relação ao tratamento deles...muitos deles preferem deixar, fazer com que alguns dias passem e depois volta...e alguns chegam a dizer que nem toma os medicamentos, temos tido esses problemas" (Entrevista individual, profissional de saúde, Caia).

A vila sede de Caia dispõe de um Gabinete de Aconselhamento e testagem Voluntária (GATV), servido por 2 funcionários (um para aconselhamento e outro para testes) e uma clínica de Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), especialmente estabelecidos para responder a situação de crise criada pelo advento do HIV/SIDA. Todavia, além de a capacidade instalada ser fraca (em termos de recursos humanos) o nível de uso desses serviços ainda é muito baixo, conforme se verá na respectiva secção do desenvolvimento desta análise.



IV.4.2. DOENÇAS MAIS FREQUENTES

De acordo com os nossos inquiridos as doenças mais frequentes na área de estudo são, por ordem de importância, Malária (91%), Cólera (42%) e Tuberculose – muitas vezes associada ao HIV/SIDA – (29%). Estas e outras doenças listadas na Tabela 5 parecem igualmente prevalentes em Caia e Chimuará.

Tabela 5: Doenças mais frequentes por localidade

Doenças	Localidade		Total
	Caia	Chimuará	
Malária	90.6	92.1	91.2
Cólera	38.7	46.3	41.7
Tuberculose	24.2	36.3	28.9
DTS	5.4	5.8	5.6
SIDA	4.0	2.9	3.6
Dor de barriga	4.3	3.3	3.9
Disenteria	3.0	1.7	2.5
Sarampo	1.1	1.3	1.1
N	372	240	612

Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Nestas localidades também existem registos de ocorrência de outras doenças associadas às complicações respiratórias, parasitose, diarreias e sarampo. As DTSs mais comuns são a gonorreia e a sífilis.

As doenças mais frequentes são também aquelas para as quais os inquiridos afirmaram conhecer formas de prevenção e tratamento. De acordo com a Tabela 6, mais de 60% dos inquiridos em ambas localidades conhecem as formas de prevenção da Malária, 27% formas de prevenção da Cólera e mais de 20% as de prevenção da Tuberculose. As percentagens correspondentes para tratamento são 67%, 29% e 23%, respectivamente.

Tabela 6: Conhecimento de formas de prevenção e tratamento por localidade

Doenças	Conhece formas de prevenção			Conhece formas de tratamento		
	Caia	Chimuará	Total	Caia	Chimuará	Total
Malária	62.6	66.7	64.2	64.5	70.8	67.0
Cólera	26.1	29.2	27.3	26.9	32.9	29.2
Tuberculose	20.4	23.3	21.6	20.7	26.7	23.0
DTS	1.3	7.5	3.8	1.3	5.0	2.8
SIDA	2.4	3.3	2.8	2.2	2.1	2.1
Dor de barriga	1.1	2.1	1.5	1.1	0.8	1.0
Disenteria	0.5	2.1	1.1	1.3	0.4	1.0
Sarampo	0.3	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0
N	372	240	612	372	240	612

Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Como consequência de frequência destas doenças, pouco mais de um terço dos entrevistados já ficaram impossibilitados de exercer as suas actividades normais por doença nos últimos 12 meses, sendo a percentagem mais elevada em Chimuará (43%) que em Caia (28%). Mais de 65% dos entrevistados declararam ter eles ou seus familiares recebido algum cuidado médico durante os últimos 12 meses. Os cuidados médicos são normalmente procurados junto de hospitais públicos (66%) e curandeiros, e quase nunca em hospitais privados e farmácias, o que não surpreendente porque quase não há clínicas ou hospitais privados na área de estudo.

Tabela 7: Percentagem de inquiridos que nos últimos 12 meses:

	Localidade		Total
	Caia	Chimuará	
Não exerceu as suas actividades por doença	28.2	43.3	34.2
Ele ou um familiar receberam algum cuidado médico	65.3	66.1	65.6
Receberam os cuidados médicos no Hospital Público	64.5	67.5	65.7
Receberam os cuidados médicos no Clínica/Hospital privado	1.3	0.0	0.8
Receberam os cuidados médicos no Farmácia	0.0	0.0	0.0
Receberam os cuidados médicos na ONG	0.0	0.0	0.0
Receberam os cuidados médicos no Curandeiro	26.1	31.3	28.1
N	372	240	612

Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Para além do serviço de saúde acima descrito, o hábito da auto-medicação parece ser frequente nestas localidades, como atesta o extracto da entrevista que se segue:

"vou ao hospital, mas se eu tiver alguns antibióticos posso tomar, porque compro medicamentos na farmácia e fica com eles em casa" (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).

A auto-medicação é extensiva ao conhecimento popular, com o exemplo reportado para o caso de sarampo. Segundo os entrevistados:

"existe também medicamento tradicional que pode prevenir essas doenças, por exemplo quando aparece sarampo, a gente previne-se com coiso...quiabo e começa a tratar a pessoas que esta doente." (Discussão em grupo, gestoras domesticas, Caia).

Entretanto, o recurso à medicina tradicional parece ser um dos canais paralelos (simultâneos) mais importantes para se lidar com a doença, além do sistema formal de saúde. De acordo com os dados das entrevistas, não existem muitas distinções entre as pessoas recorrerem à medicina tradicional ou à moderna. As principais doenças ou problemas encaminhadas para a medicina tradicional incluem: questões de (in) fertilidade, incluindo aborto; ITSs.

Outra prática comum entre a população das duas localidades é antes (ou mesmo durante e depois) de ir ao hospital, ir ao médico tradicional, principalmente para saber qual a origem da doença, se espiritual (que tem a ver com espíritos maus, ou com Ntchinganisso-feitiço):

"para os nossos pais, nossos avos que andam ai nas aldeias, não vão...não tem nada a ver, se alguém esta doente é curandeiro...e porque é intxiganisso corre logo para curandeiro, só talvez depois de a doença já estar bem dentro de alguém é que já vai para o hospital...as tantas já não tem cura ou porque não é possível porque a doença já esta avançar e a pessoa acaba morrendo...são casos que acontecem aqui, por isso eu tanto falei da educação cívica" (Discussão em grupo, gestoras domesticas, Caia).

Ainda no caso acima descrito, depois de satisfeita a dúvida de se a doença é ou não causada por feitiço, recebem o tratamento, geralmente baseado em ervas e raízes, alguns dirigem-se a unidade sanitária para tratarem a mesma doença, estes fazem os dois tratamentos em simultâneo:

"a pessoa vai ao curandeiro e se não da certo vai para o hospital...por exemplo no curandeiro, você vai para lá primeiro diz você tem espírito mau, no fim de espírito mau você precisa de tomar raízes, o medicamento...então tem que tomar essas raízes, muitas vezes não da certo...muitas vezes mesmo não da certo, então dai o que fazer...vai para hospital...e lá normalmente ele não podem fazer tratamento sem saber o que você tem" (idem).

Por outro lado alguns entrevistados são cépticos em relação aos médicos tradicionais e preferem recorrer aos hospitais e unidades sanitárias para tratamento das suas doenças, pois estes não acreditam nas capacidades dos médicos tradicionais, chegando a afirmar que estes muitas vezes usam esta prática como negocio, ou uma forma de sobrevivência, e acabam não curando nenhuma doença, conforme o reportado a seguir:

"por exemplo curandeiros de agora só comem dinheiro só, você pode ir lá enquanto tem sida, vai dizer que cura, enquanto dizem não tem cura...mil vezes ir no hospital,

embora que não cura, mas as vezes resiste um pouco com medicamentos”
(Discussão em grupo, Gestoras domesticas, Chimuarra),

Não obstante as diferenças de opiniões, a pesquisa quantitativa e qualitativa mostram que a medicina moderna e a medicina tradicional são importantes referências no sistema cosmológico das duas localidades. Apesar de a medicina tradicional jogar papel de relevo no sistema holístico de saúde a nível das duas localidades, não existe ainda linhas claras de interacção entre os agentes provedores da medicina moderna e da dita tradicional e nem sistemas de troca de informação e conhecimentos que poderia ser relevante para ambos grupos de provedores de serviços de saúde.

IV.5. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS EM RELAÇÃO AO HIV/SIDA

IV.5.1. PREVALÊNCIA DO HIV

Os dados gerados pelo sistema nacional de vigilância epidemiológica indicam que a prevalência do HIV/SIDA na região centro é muito alta (20.4%) e no posto de sentinela localizado em Caia a prevalência registada foi de 19.9% na ronda 2004 (MISAU/GTM 2005).

IV.5.2. CONHECIMENTO SOBRE O HIV/SIDA

Quase todos os inquiridos em ambas localidades já ouviram falar de HIV/SIDA, sendo as principais fontes de conhecimento a Rádio (83%), familiar, amigo ou vizinho (68%), unidade sanitária (47%), activistas de saúde (43%) e jornais/revistas/folhetos (37%). Apesar de terem ouvido falar de HIV/SIDA através de várias fontes, nem todos têm a informação correcta. A análise das respostas dadas às várias perguntas feitas para testar o grau de conhecimento dos entrevistados sobre formas de transmissão do HIV (Tabela 8) mostra que apesar de mais de 90% saber que SIDA existe e é uma doença que não tem cura, em média, cerca de 30% deu respostas erradas as perguntas feitas. A maior dificuldade dos nossos entrevistados está na distinção entre HIV e SIDA, formas de transmissão e relação entre o número de parceiros e probabilidades de infecção pelo HIV.

Tabela 8: Percentagem de inquiridos que deram resposta afirmativa a:

	Localidade		Total
	Caia	Chimuará	
Sabe como se apanha uma DTS/HIV/SIDA	72.6	79.2	75.2
Sabe a diferença HIV entre e SIDA?	28.2	40.4	33.0
O HIV apanha-se através do contacto sexual não protegido com pessoa infectada	68.5	63.3	66.5
Lavando-se bem antes e depois do sexo protege a pessoa contra infecção pelo HIV	27.4	34.6	30.2
HIV pode ser transmitido por uma transfusão de sangue	62.4	75.4	67.5
SIDA não mata	17.5	7.5	13.6
Existem medicamentos que curam a SIDA	7.3	2.9	5.6
Uma pessoa pode apanhar o vírus HIV mesmo se só teve uma vez relações sexuais sem preservativo	57.8	49.6	54.6
Muitas pessoas infectadas mostram sintomas	26.9	51.3	36.4
Curandeiros curam o HIV/SIDA	8.1	10.0	8.8
O HIV/SIDA destrói as defesas que o nosso corpo tem contra infecções de doenças	64.2	59.2	62.3
O HIV/SIDA pode ser transmitido de mãe para filho	69.1	70.8	69.8
Não existe perigo nenhum em partilhar agulhas com outras pessoas	26.9	22.5	25.2
Pode apanhar HIV/SIDA mesmo tendo um/a parceiro/a	44.6	39.2	42.5
Crianças com menos de 15 anos não podem ser infectada pelo HIV	44.9	43.8	44.4
Se tiver relações sexuais com uma pessoa virgem não te infectas com vírus de HIV/SIDA	38.4	33.8	36.6
Se uma pessoa tem tuberculose ou diarreia crónica, significa que a mesma está infectada pelo HIV/SIDA	33.6	35.0	34.2
N	372	240	612

Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuará, 2005.

O conhecimento sobre os sintomas das Doenças de Transmissão Sexual (DTS) por parte dos nossos entrevistados também é relativamente fraco, pois, como se pode observar na Tabela 9, a percentagem de respostas correctas raramente ultrapassa os 60%, sendo, portanto

ligeiramente pior que o conhecimentos sobre as formas de transmissão do HIV/SIDA referido no paragrafo anterior.

Tabela 9: Percentagem de inquiridos que deram resposta afirmativa a:

	Localidade		Total
	Caia	Chimuara	
Dores abdominais são sintoma de DTS nas mulheres	56.2	53.8	55.2
Corrimento genital é sintoma de DTS nas mulheres	60.5	63.8	61.8
Corrimento c/ mau cheiro é sintoma de DTS nas mulheres	61.0	63.8	62.1
Ardor ao urinar é sintoma de DTS nas mulheres	64.2	64.2	64.2
Feridas genitais são sintoma de DTS nas mulheres	64.0	64.2	64.1
Inchaço nas virilhas é sintoma de DTS nas mulheres	55.1	52.9	54.2
Comichão é sintoma de DTS nas mulheres	61.6	62.5	61.9
Dores abdominais são sintoma de DTS nos homens	47.0	54.6	50.0
Corrimento genital é sintoma de DTS nos homens	54.8	59.6	56.7
Corrimento c/ mau cheiro é sintoma de DTS nos homens	50.0	58.8	53.4
Ardor ao urinar é sintoma de DTS nos homens	65.6	59.2	63.1
Feridas genitais são sintoma de DTS nos homens	63.7	59.2	61.9
Inchaço nas virilhas é sintoma de DTS nos homens	41.4	50.8	45.1
Comichão é sintoma de DTS nos homens	60.5	58.8	59.8
N	372	240	612

Fonte: Inquérito aos agregados familiares em Caia e Chimuará, 2005.

IV.5.3. TESTE DE DTS E HIV/SIDA

Menos de 10 por cento dos inquiridos já fizeram o teste quer de DTS quanto de HIV e não há grandes diferenças por localidade e sexo do entrevistado. Das principais razões para não ter feito o teste destacam-se medo dos resultados, nunca ter precisado, falta de tempo, desconhecimento da existência do teste e falta de acesso.

Os entrevistados têm mais medo de receber resultados do teste do HIV que de DTS e a falta de acesso é mais sentida pelos entrevistados de Chimuará. A análise por sexo do entrevistado mostra que o medo de saber o resultado e o desconhecimento da existência do teste são maiores entre as mulheres que entre os homens. Por outro lado, os homens declaram ter maior dificuldade de acesso e nunca precisarem de fazer o teste que as mulheres. As diferenças por sexo em relação ao acesso ao teste podem se dever ao facto de os testes de DTS e HIV serem testes de rotina nas consultas pré-natal.

Tabela 10: Percentagem já fez teste por sexo

	Sexo do entrevistado		Total
	Masculino	Feminino	
Alguma vez na vida fez teste de DTS	7.0	8.4	7.4
Alguma vez na vida fez teste de HIV	7.0	8.4	7.4
Nos últimos 12 meses fez teste de DTS	7.2	8.4	7.5
Nos últimos 12 meses fez teste de HIV	6.8	8.4	7.2
N	469	143	612

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Tabela 11a: Razões para não ter feito o teste de DTS/HIV por Localidade

	Teste DTS		Teste HIV		Total
	Caia	Chimuará	Caia	Chimuará	
Tem medo dos resultados	36.2	25.0	52.4	43.3	48.8
Falta de acesso	2.9	44.6	2.4	36.6	16.0
Nunca lhe foi oferecido	2.3	5.8	2.4	4.9	3.4
Falta de tempo	16.5	0.0	16.3	0.0	9.8
Nunca precisei	21.2	9.8	19.2	12.9	16.7
Não sabe existência do teste	18.6	13.8	5.0	1.3	3.6
Não faz sexo	0.6	0.4	0.6	0.4	0.5
Fiel	1.7	0.4	1.8	0.4	1.2
N	345	224	338	224	562

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Tabela 11b: Razões para não ter feito o teste de DTS/HIV por Localidade

	Teste DTS		Teste HIV		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Tem medo dos resultados	28.5	42.7	46.1	57.8	48.8
Falta de acesso	21.5	12.2	17.3	11.7	16.0
Nunca lhe foi oferecido	4.1	2.3	3.9	1.6	3.4
Falta de tempo	10.5	8.4	10.1	8.6	9.8
Nunca precisei	17.6	13.7	17.1	15.6	16.7
Não sabe existência do teste	16.0	19.1	3.7	3.1	3.6
Não faz sexo	0.7	0.0	0.7	0.0	0.5
Fiel	1.1	1.5	1.2	1.6	1.2
N	438	131	434	128	562

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Uma das razões evocadas para a não realização de testes é a vergonha. Com este estudo nota-se que quando se trata de outras doenças, todas as categorias sociais procuram serviços de saúde. Mas no que concerne às infecções de transmissão sexual a afluência relativamente maior às unidades sanitárias ocorre entre os jovens e adultos de sexo masculino, e isto é justificado como sendo por causa da vergonha e pelo facto de muitas vezes os doentes terem que ser atendidos por profissionais homens, o que faz com as mulheres não procurem muito os cuidados de saúde sexual e reprodutiva. De acordo com um profissional da saúde entrevistado:

"Temos recebido mais homens do que mulheres isto porque os homens são mais abertos que as mulheres talvez também porque sabem que aqui no posto está um homem. E por outro lado queria salientar que entre os problemas de úlcera genital e de corrimento uretral tem se verificado muitos casos de corrimento uretral e nós sabemos que nas mulheres esses corrimentos são um pouco demorados em relação aos homens em que o problema aparece muito cedo e esse pode ser um segundo factor que faz com que os homens sejam mais frequentes", (entrevista individual, profissional de saúde, Caia).

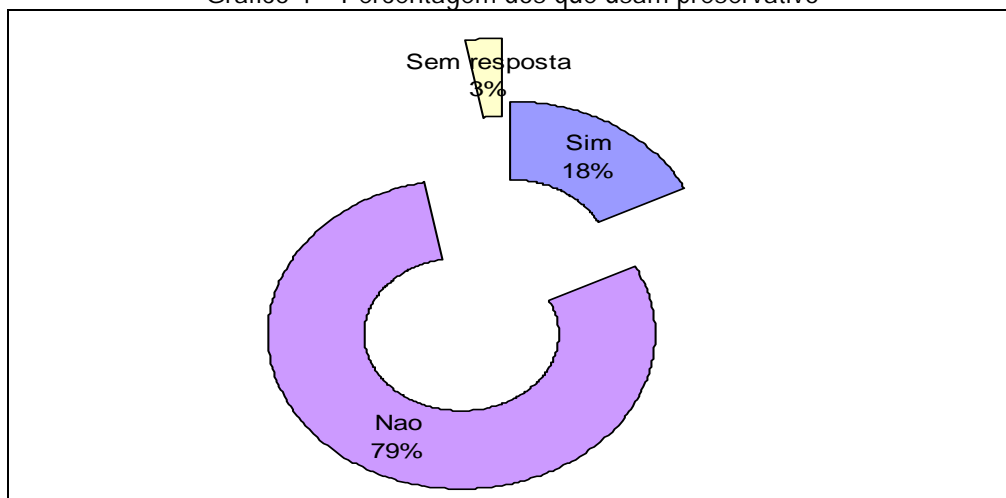
Outra das razões para a não realização de testes é o facto de se acreditar que estando, mesmo que aparentemente, de boa saúde não seria aconselhável procurar “problemas” sob o risco de se ouvir notícias negativas que podem afectar o estado emocional e de saúde da pessoa, conforme atesta o trecho:

«Porque estamos saudáveis, agora se fizer teste saber que tem sida, vai pensar que vai morrer cedo, é por isso que nada não vamos» (Discussão em grupo, mulheres domésticas, Chimuará)

IV.5.4. USO DO PRESERVATIVO

Mais de 85% dos entrevistados já viram ou ouviram falar do preservativo, mas apenas 18% cento usa nas relações sexuais.

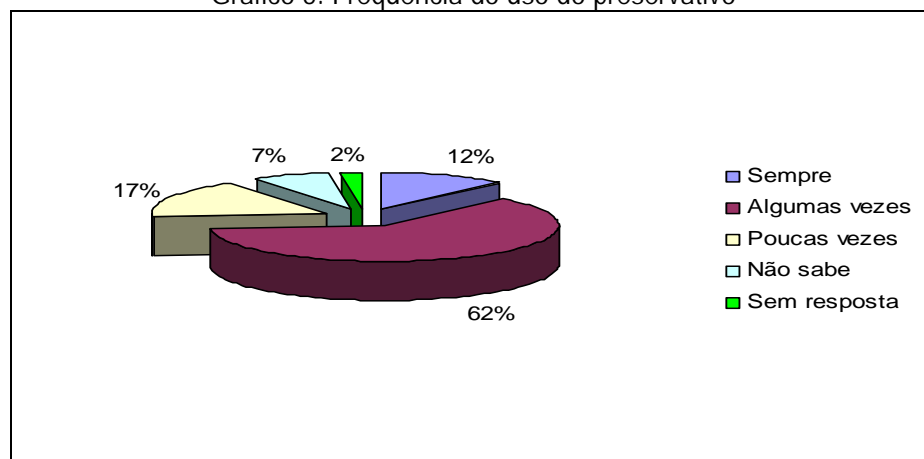
Gráfico 4 – Percentagem dos que usam preservativo



Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Dos que declararam usar o preservativo, 12% usa sempre, 62% algumas vezes e 18% poucas vezes. Apesar do baixo índice de uso do preservativo, cerca de 15% dos entrevistados têm mais de um parceiro sexual entre regulares, ocasionais e comerciais. Durante a última relação sexual com parceiro/a regular 6% declarou ter usado o preservativo.

Gráfico 5: Frequência do uso do preservativo



Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Tabela 12: Frequência do uso do preservativo por sexo

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sempre	12.0	12.0	12.0
Algumas vezes	62.7	60.0	62.0
Poucas vezes	21.7	4.0	17.6
Não sabe	3.6	24.0	8.3
N	83	25	108

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuara, 2005.

A percentagem de uso de preservativo na última relação sexual sobe para 9% quando o/a parceiro/a é ocasional sem pagamento e para 100% quando o/a parceiro é comercial, embora neste último caso o número de caso seja menor, apenas 6.

O uso do preservativo nas relações sexuais com parceiro/a regular é sobretudo de iniciativa própria (52%), mas podendo também ser do parceiro/a (2%) ou conjunta (10%). Nas relações com parceiro/a ocasional com ou sem pagamento a iniciativa é quase sempre do próprio/a.

Entre as principais razões para o não uso do preservativo nas relações sexuais destacam-se o não gostar (23%) e não ter pensado nisso (27%). É importante notar que um terço dos entrevistados não respondeu a esta pergunta.

Tabela 13: Razões para não uso do preservativo por localidade

	Localidade		Total
	Caia	Chimuara	
Não havia	2.5	2.2	2.4
O/a parceiro/a não queria	7.2	6.6	7.0
Não gostou	25.6	19.4	23.2
Usei outro contraceptivo	0.0	1.3	0.5
Queria ter um filho	1.9	1.8	1.9
Não pensei nisso	19.5	39.2	27.1
Outros	0.8	2.2	1.4
Não responde	39.6	22.9	33.1
É fiel	2.8	4.4	3.4
N	359	227	586

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuara, 2005.

As entrevistas qualitativas também revelaram que a decisão de usar ou não o preservativo é também vista como um grande desafio sobretudo entre as mulheres casadas, para quem propor o preservativo, implica correr riscos de ser acusada de ter outros parceiros, ou de não confiar no seu parceiro, podendo degenerar em conflitos inter-conjugais, como atesta o extracto que se segue:

“é difícil para teu marido...por exemplo uma mulher que precisa de fazer filho, está ver ne...tem programa de fazer filho, de repente você tira essa...vamos usar preservativo! Além de pensar talvez que é por causa de uma relação...no fim disso até pode aparecer confusões...se possível até um divórcio” (Discussão em grupo, gestoras domésticas, Caia).

Este tipo de percepção é secundado em outra discussão em grupo com homens e mulheres:

“Nada, mulher da casa não pode pedir preservativo...porque é a mulher mesmo verdadeira” (discussão em grupo, população geral, Chimuarra).

Para alguns jovens do sexo masculino, ou feminino, usar o preservativo não faz parte da sua prática mas sim dos discursos, como atesta o extracto que se segue:

“Por acaso há mulheres que dizem han não quero preservativo, você me desconfia, e também, existem homens que não usam preservativo, só dizem em linguagem só, da boca teoricamente, mas na prática não usam” (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).

Por outro lado o uso do preservativo na maioria das relações depende do homem, porque este é considerado como sendo quem tem poder de decisão em relação a si e a parceira, a justificação está no facto de que seria o homem “quem conquista” uma mulher com quem quer namorar, casar ou relacionar-se sexualmente,

“Normalmente, como dizem que numa casa quem tem voz é o homem, então quando uma minha mulher, diz vamos usar preservativo, deve saber o motivo, porque...? quem diz que vamos usar preservativo, desconfia a mim ou a si mesmo...tem que dizer a verdade, então no meu ponto de vista com aquela decisão tem que desconfiar. O homem tem uma decisão final, porque é o homem quem procura a mulher..” (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).

IV.5.5. PERCEPÇÕES E ATITUDES SOBRE HIV/SIDA

Para medir as percepções e atitudes sobre o HIV/SIDA, um conjunto de afirmações foram fornecidas aos entrevistados para que estes manifestassem se concordam ou discordam das mesmas, indicando também se o grau de concordância ou discordância era total ou parcial.

A tabela 14 apresenta os resultados sobre estas afirmações e o que se destaca, para além da concordância ou discordância, é a percentagem de inquiridos que não manifestou nenhuma opinião, que é em média 25%, ultrapassando 30% em alguns casos. Isto pode reflectir não só a legítima recusa de emitir opinião sobre as questões em causa como também um conhecimento insuficiente sobre a matéria em discussão.

Em relação aos que emitiram opinião sobre as questões colocadas, os dados da tabela 14 revelam uma mistura de conhecimento insuficiente e algum preconceito e/ou estigma sobre as pessoas portadoras do HIV/SIDA. Por exemplo, mais de 30% dos entrevistados acham que o seu relacionamento social e laboral poderia ser afectado se fossem sero-positivos, pois mudariam o relacionamento com a família (40%), ninguém aceitaria namorar com eles (34%), perderiam o emprego (30%), as pessoas os evitariam (28%) ou o *stress* causado pela notícia de que são HIV-positivos os mataria (19%). Um aspecto positivo a referir é o facto de perto de metade (48%) declarar que gostariam de aprender mais como se proteger da infecção pelo vírus do HIV.

Tabela 14: Percepções e atitudes em relação ao HIV/SIDA

	%				
	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Sem opinião
Pessoas como eu não apanham HIV/SIDA	76.2	3.0	2.8	7.0	10.9
Sou uma pessoa saudável, por isso o meu corpo não se infecta com o HIV	74.0	5.0	3.7	5.5	11.7
Pessoas da minha idade não se infectam com o HIV	74.4	5.0	3.2	5.5	11.9
Não me preocupo que possa vir a ser infectado pelo HIV	72.4	2.8	3.5	7.5	13.7
Se eu fosse portador/a do HIV o meu relacionamento com a minha família estaria afectado	38.2	2.5	6.0	40.2	13.1
Se eu fosse portador/a do HIV ninguém namoraria comigo	37.9	3.2	6.7	33.7	18.6
Se eu fosse portador/a do HIV os meus amigos continuariam sendo meus amigos	39.0	3.5	6.2	30.0	21.3
Se eu fosse portador/a do HIV perderia o meu emprego	27.8	5.2	9.5	36.0	21.4
Se eu fosse portador/a do HIV, as pessoas haviam de me evitar	35.3	2.8	9.4	28.0	24.5
Se eu soubesse que estou infectado com HIV, o stress da notícia haveria de me matar	44.7	3.9	6.9	18.9	25.6
Seu uso o preservativo a probabilidade de apanhar HIV fica reduzida	7.4	1.2	7.2	64.0	20.3
Se eu tratar as minhas DTS reduz a chance de contaminação pelo HIV	4.9	1.0	7.2	67.0	19.9
Se usar preservativo nas relações sexuais, preocupo-me menos com possibilidade de infecção com HIV	7.7	1.0	9.9	59.3	22.1
Os preservativos protegem contra HIV, DTS e gravidez	4.4	0.5	6.5	67.3	21.3
A maioria dos/das meus/minhas amigos/as usam preservativos	42.7	6.0	9.2	6.4	35.7
A maioria dos/das meus/minhas amigos/as tem um/a parceiro/a regular	36.0	7.5	11.1	8.2	37.2
A maioria dos/das meus/minhas amigos/as é fiel a sua parceira	39.4	7.5	10.6	6.0	36.5
A maioria dos/das meus/minhas amigos/as está consciente e protegem-se contra o HIV/SIDA	32.5	6.0	10.1	14.1	37.4
Gostaria de aprender como me proteger contra uma possível infecção pelo HIV	10.4	1.8	6.9	48.2	32.7
Sou capaz de informar a/o minha/meu parceiro/a sexual se já usei agulhas para injectar drogas	57.3	3.4	3.2	5.7	30.5
Sou capaz de informar a/o minha/meu parceiro/a se já tive sexo anal sem protecção	59.8	5.5	1.5	3.2	30.0
Sou capaz de informar a/o minha/meu parceiro/a se já tive relações sexuais com outro homem	56.8	3.9	1.7	6.4	31.3
Sou capaz de informar a/o minha/meu parceiro/a se já me envolvi com parceira/o sexual comercial	57.8	3.5	1.8	5.0	31.8
Sou capaz de informar a/o minha/meu parceiro/a se tomo álcool e/ou drogas	46.6	4.4	3.4	13.1	32.7
Sou capaz de informar a/o minha/meu parceiro/a se já tive alguma relação extraconjugal	59.0	4.2	2.0	5.7	29.1
Sou capaz de informar a/o minha/meu parceiro/a se já tive alguma relação ocasional	59.0	4.7	2.0	7.4	27.0

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuara, 2005.

No roll de percepções circulantes sobre o HIV/SIDA em Caia e Chimuara destacam-se as várias versões de interpretações sobre a origem e formas de propagação do vírus e da doença. A análise dos dados recolhidos permite depreender que a epidemia do HIV nesta região também se propaga a coberto de várias ideias erróneas e sistemas de acusação e negação socialmente elaborados para lidar com o HIV/SIDA. As explicações localmente mais frequentes para a propagação de SIDA são:



- Situação de pobreza a impelir as mulheres, sobretudo jovens, ao sexo transaccional;
- A existência das prostitutas e dos camionistas;
- O facto de ser um corredor rodoviário;
- A concentração de pessoas devido as cheias de 2001;
- Os migrantes que estiveram nos países vizinhos durante a guerra;
- O analfabetismo da maioria das mulheres;
- A falta do poder de decisão da mulher face ao homem e;
- Prática de rituais de purificação da viúva (Pitakufa).

Outras interpretações vão mais longe, procurando mapear, ainda que de forma distorcida e equivocada, as origens e trajectória do vírus. Nestas perspectivas, ainda existem muitas pessoas que procuram reflectir sobre as origens do vírus, as suas formas de transmissão, se sempre existiu ou não, conforme mostra o exemplo do extracto que se segue:

"SIDA é uma doença que toda população daqui em Chimuara e de todo mundo, não entende bem de onde veio e onde vai, e quem nos trouxe, porque isso de sida quando perguntamos nossos avos...dizem que não sabem porque eles viveram a 90 anos atrás ou a 80, 70 anos e não ouviram nada de SIDA, mas após a guerra da Renamo e da Frelimo talvez é que nos provocou todo problema, porque essa doença é muito chata porque ela vitima não só os jovens, mas toda camada pessoal, quer jovens, velhos assim como ate os bebes antes de nascer através das mães por causa do sangue, essa razão que nos leva a não entender directamente de onde veio essa doença e como se transmite para um individuo, não temos capacidade para tal, mesmo com palestras que nos dão ou outros jovens participam nos seminários conseguem investigar esse caso, mas não tem nos dado a matéria certa" (Discussão em grupo, jovens estudantes, Chimuara).

Fora das incertezas acima descritas, o HIV/SIDA é visto e interpretado de maneiras diversas e algumas dessas maneiras são erradas e por causa da disseminação de informação entre as pessoas estes conhecimentos errados sobre origem, e as formas de transmissão do vírus atingem as pessoas e são cristalizadas. Por exemplo, uma das informações erradas sobre o vírus é de que ele tem origem numa mosca, que transmitiu ao macaco e este por sua vez ao homem, como se nota:

"sim temos ouvido sobre o SIDA, mas quem foi o transmissor foi o macaco que foi se encontrar com as moscas que mordem, então essas moscas picaram macaco, já do macaco foi para o caçador, então por sua vez caçador quando vai ter com a sua mulher é quando transmitiu a doença, mas claramente temos ouvido anualmente que há doença de SIDA... mas como recuperarmos esta doença ainda hoje não estamos claros..." (Discussão em grupo, população geral, Chimuara).

Também há informações erradas segundo as quais esta doença é causada pela prática de relações sexuais com mulheres que interromperam gravidezes,

"Aparece mesmo... quando alguém sempre aborta você mete com ela vai apanhar SIDA, SIDA alguém me disse que vem dessa maneira, alguém a SIDA." (discussão em grupo, gestoras domésticas, Caia), ou, *"o caso que eu conheci é um fulano daí da aldeia que morreu com SIDA, ele namorou com uma gaja, que nem ficou um mes, e abortou, então ele namorou com ela sem saber que ela abortou"* (Discussão em grupo, jovens não estudantes, Caia).

Estas incertezas muitas vezes conduzem a ideias e percepções erradas que não só se disseminam, mas também norteiam as representações sociais dos indivíduos e as suas práticas, constituindo este aspecto um factor, mesmo que indirectamente, de vulnerabilidade, pois se as representações estão erradas, as praticas em relação à prevenção também tornam-se erradas e como consequência a exposição ao vírus é alta também entre as pessoas que possuem conhecimentos errados.

Em relação aos adolescentes e jovens existe a percepção de que estes estariam mais exposto à infecção pelo vírus, porque tendem a iniciar as relações sexuais cedo (entre os 14 e 15 anos):

"a nossa idade mesmo aqui no campo, não há idade fixa, há certas moças que com 14 anos por causa da pobreza que lhes afecta consegue começar a praticar sexo muito cedo e há certas pessoas que por causa de casar também começam cedo, era mais aconselhável com 22 anos, e minha opinião ne" (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia),

Por outro lado, o facto de não haver muitas alternativas em termos de diversão dos jovens e mesmo em oportunidades profissionais, estaria a impelir os jovens ao consumo de bebidas alcoólicas e de drogas (suruma), e estas seriam também práticas que expõem os jovens à situações de risco de infecção pelo HIV/SIDA, como indicaram os entrevistados:

"Um indivíduo bêbado, tem menos possibilidade de reflectir em torno dos actos que deseja tomar, relativamente as relações sexuais desprotegidas, "eu acho que o que está influenciar mais, para multiplicação dos seropositivos é falta de diversão, a gente não tem divertimento, então preferimos casar cedo, 18 hora estamos se juntar com as mulheres e estamos a fazer sexo, porque se tivesse mais divertimento teríamos muito tempo ocupados pá...e mulher também, e outra coisa também é falta de emprego". Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia), ou, *"aquí beber bebe-se muito, no nosso distrito até funcionários quando recebem única maneira é sentar aí beber uma gelada, porque não tem nada para fazer em casa, não tenho televisor...é única maneira,*

de afastar todas minhas questões” (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).

Os jovens vêem importância de eles estarem mais informados sobre estes aspectos como forma de melhor agir e de prevenirem-se de males que podem advir, como mostra o discurso,

“Sim há muita necessidade, porque muitos jovens atacam muitas doenças por causa de não saber os métodos de prevenção...e também o saber mais ajuda viver mais, como diz aquele provérbio; “saiba muito, viva mais”, isso permite que depois de saber, pelo menos prevenir a SIDA.” (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).

IV.5.6. SEXO COMERCIAL E TRANSACCIONAL

Entre os entrevistados é bastante consensual a ideia de que a prática de sexo comercial e/ou transaccional ocorre com frequência nas duas localidades, com maior incidência nas margens do rio, local da travessia do batelão, que é descrito como sendo o local de concentração das trabalhadoras de sexo:

“Sim sobretudo porque isto é corredor, por causa de rio Zambeze, ali mesmo não tem horário, depende de seu bolso, ali não é segredo, é uma vida mesmo que aquelas pessoas estão a levar naquele local, fazem todos a saberem expressam tudo e aplicam precário da sua norma, mulher de mais é o que existe e a prostituir” (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).

A prática do sexo comercial é geralmente associada aos camionistas e viajantes que seriam os principais usuários das barracas precariamente erguidas nas margens do rio, onde se comercializa diversos tipos de produtos, especialmente artigos alimentares e bebidas.

A prática do sexo comercial é percebida como sendo uma actividade que envolve, não somente mulheres e raparigas locais, mas também outras jovens provenientes de outros distritos e localidades, ou mesmo províncias, que procuram lugares distantes das suas zonas de origem para o envolvimento no sexo comercial a coberto do relativo anonimato.

Entre as razões evocadas para o envolvimento das raparigas em actividades do se sexo comercial ou transaccional destaca-se o facto de estarem associadas a situações de extrema vulnerabilidade e pobreza. De acordo com alguns entrevistados:

“A maioria das mulheres trabalhadoras de sexo são necessitadas. São órfãs de pais, ou mães solteiras, separadas, abandonadas, que se encontram numa situação de pobreza, sem emprego e sem outros meios de sustento imediato para si, suas famílias e seus dependentes, o facto de existirem neste grupo também mulheres casadas e justificado pelo facto de em algumas famílias, os pais serem desempregados e com a situação da seca nem a agricultura podem recorrer, e as mulheres acabam entrando nesta actividade como forma de garantir algum rendimento para a família. Principalmente as moças, isso é muito frequente nelas...porque a fome é muito abrangente...muitos aproveitam fazer sexo

para ver o que irão fazer e o que irão se proteger da fome...e seus próprios vestuários, para elas sobreviver é preciso que usem o sexo como negócio” (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).

Há também indicações de que outras mulheres e raparigas tendem a envolver-se em sexo comercial ou transaccional, incluindo estudantes residentes e não residentes no lar de Caia, por influência de amigas e por aspirarem um estilo de vida (artigos de consumo, beleza, e até alimentação e lazer) que não poderiam cobrir com os recursos de que dispõem. De acordo com os entrevistados:

“Mulheres que não tem a quem recorrer para satisfazer suas ambições, entram nesta actividade. As moças outras praticam sexo como negócio, quando cobiçam outras que tem porque pais tem condições, então ela também tenta ser igual como aquela...e também situação de fome faz parte também as moças praticam sexo como negócio.” (Discussão em grupo, raparigas jovens estudantes e não estudantes, Caia),

Apesar de a ênfase nas discussões sobre sexo comercial em Chimuarra e Caia terem dado indicações de que a área de construção da ponte é que é a área de maior concentração desta actividade, os bares, pensões e restaurantes, situados sobretudo na vila sede de caia, foram indicados como centros de concentração de trabalhadoras de sexo, agenciadas pelos proprietários desses estabelecimentos, como forma de atrair clientela:

“Sabes como e que se faz... o negócio de bares se faz se melhor com putas, eu não quero falar de ninguém não quero acusar a ninguém, acho que vocês ali onde estão hospedados... tem um naquele restaurante, não vale a pena citar nomes ne...mas ali vocês puderam ver mais ou menos como é que aquilo funciona, hein? Há uma ligação entre o patrão e aquelas moças que estão ali” (Entrevista individual, comerciante - Caia)

As trabalhadoras de sexo são também vistas como sendo o principal elo de transmissão do vírus nas comunidades na medida em que elas seriam as pessoas que estabelecem o vínculo sexual com os motoristas de longo curso, estereotipadamente caracterizados como “vientes portadores de vírus”. Junto a este tipo de percepção floresce a ideia de que o HIV/SIDA é uma doença que vem de fora do meio em que o individuo se insere. Esta ideia é reforçada pelo apelo à noção de que o distrito se caracteriza por ser um corredor rodoviário onde passa muita gente, e cada um associado às suas próprias “mazelas”, incluindo o HIV/SIDA, que acaba sendo transmitido às trabalhadoras de sexo, e que por sua vez seriam as responsáveis pela propagação do vírus na comunidade, porque também se relacionam sexualmente com as pessoas locais. De acordo com as entrevistas:

“Isso sempre aqui no rio existe, sempre esta passar aquelas pessoas de SIDA não SIDA, até estamos a ver que aquilo é trazido por pessoas estrangeiras...e muitas cenas que existe aqui quando aparece aqui meninas da aldeia costumam ir também no rio (Discussão em grupo, jovens não estudantes Caia),

“É isso mesmo, porque aqui muitos motorista que passam trazem muitas doenças mesmo, as vezes meninas anda mal, quando passa aqui nós recebemos essas doenças” (Discussão em grupo, jovens não estudantes, Chimuarra)

Algumas trabalhadoras de sexo entrevistadas encaram essa actividade como sendo de natureza temporária. Muitas delas aspiram a constituir famílias e ter filhos (se bem que muitas já tem filhos). Entre as que manifestaram vontade de mudar de actividade, manifestaram como condição a existência de um emprego ou um negócio, mas principalmente o casamento com alguém que a possa sustentar, que lhe dê uma vida mais estável e com quem possa ter filhos, como se pode notar nos extractos que se seguem:

"Aparecer um homem com uma casa fixa, pode não ser nada, dizer quer namorar comigo, porque namorar é mais seguro nem porque todos os dias só há de ver essa pessoa só, valá." (entrevista individual, trabalhadora de sexo, Caia).

"Se eu apanhar marido posso sentar bem mesmo na minha casa até apanhar crianças, dois, três, quatro chega" (Entrevista individual, trabalhadora de sexo, Chimuará).

A outra face explorada sobre o sexo comercial e transaccional envolve os motoristas de longo curso, que também são tidos como os clientes mais assíduos e preferenciais entre as trabalhadoras de sexo. Do ponto de vista dos motoristas entrevistados, o seu envolvimento com trabalhadoras de sexo assume uma perspectiva de lazer e entretenimento e não é pensado como tendo algum impacto económico na sua vida. Para alguns motoristas, o acto de pagar ou retribuir por favores sexuais está relacionado com a ideia de relaxamento, depois de longa viagem e com a necessidade de descanso:

"Epah, doenças de transmissão sexual, isto é normal para os motoristas, as vezes, os meus colegas, há outros que não tem aquela concepção...que deve prevenir, porque ele tem 3, 4 meses que esta fora da família...por exemplo em Beira encontra uma carga que tens que levar a Maputo...de Maputo, voltar, não sei quê. Os motivos para eles não prevenir, porque o que eu vejo é de stress...naquela devida altura ele não pensa que tem que prevenir, que tenho família, sou casado...leva aquilo na brincadeira...naquela noite de relaxo, ele com bebedeira...pode, porque através de bebedeira, convida muita coisa...yah" (Entrevista individual, motorista de longo curso).

Entretanto, as percepções sobre sexo comercial e transaccional entre os motoristas não são lineares. Outro grupo de motoristas entrevistados realçou a ideia de que tudo depende da capacidade financeira e física dos próprios motoristas, com base nas quais decidem se vão ou não ter sexo ao longo das suas jornadas. Para alguns, o envolvimento sexual durante a jornada é visto como prejudicial e como factor de perturbação da jornada:

"Han, não...as vezes, porque para minha parte faz me mal, porque acordo dia seguinte partido, quero viajar...só faço quando chego ao destino, mas durante a viagem, não...tenho relações sexuais" (Entrevista individual, motorista de longo curso, Caia).

Este tipo de mensagem deve também ser lida com as ressalvas necessárias, uma vez que nos dois sites de pesquisas abundam cartazes direccionados aos motoristas de longo curso, advertindo-os sobre o perigos do sexo sem protecção e dos riscos de infecção pelo HIV/SIDA. Por outro lado, muitos dos motoristas já estão bastante cientes do facto de serem constantemente acusados de serem os portadores do HIV e já se sentem, efectivamente também vítimas de

estigmatização. Com estas considerações em mente, não nos parece surpreendente que muitos tenham recusado discutir questões de HIV/SIDA e sexo com os entrevistadores.

Em relação a infecção pelo HIV/SIDA, as opiniões em relação a construção da ponte convergem para o facto de que ela vai trazer mais problemas de infecção, e de doentes, pois a infusão de milhares de trabalhadores, o movimento de motoristas e viajantes, o esperado afluxo de trabalhadoras de sexo do local e de outras regiões, além da disponibilidade de recursos financeiros poderá levar a uma maior dinamização da vida económica, lazer e entretenimento com implicações no agravamento do ritmo de infecção pelo HIV. Esta percepção é sintetizada na fala de um dos entrevistados:

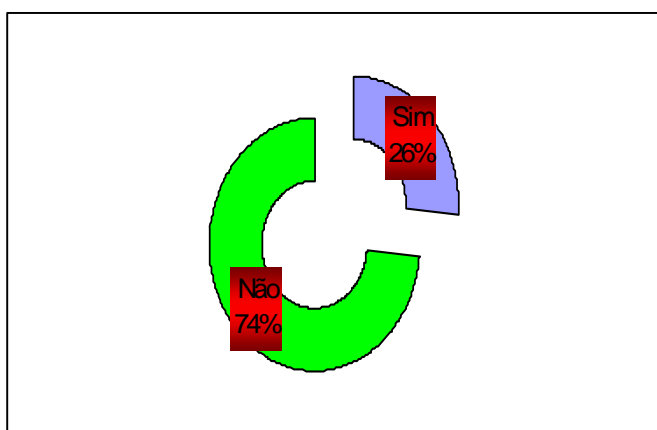
"Aquilo que eu disse, devia haver uma ONG para trabalhar sério neste povo e com esta ponte que está vir ai isto vai ser uma calamidade, nós depois da ponte pá para lá para meados de 2010 pá muito gajo vai morrer, vai deixar de existir aqui em Caia porque você vai ver a prostituição aqui não e feita com pessoa adultas , crianças 12 , 13 anos já é uma prostituta, e está de mais você vai meter lhe na cabeça de que epa usa lá jeito não sei que, nada ela quer e andou pá recebeu vou no bazar comprou comida vai dar a mãe ou o irmão epa mãe que já está difícil quer dizer já não aguenta também já é seropositiva" (Entrevista individual, Comerciante, Caia).

IV.6. ÁGUA, HIGIENE E SANEAMENTO

O saneamento, entendido aqui como sendo a implantação de sistemas de abastecimento e tratamento de água, colecta de lixo e controle de vectores de doenças tem ligação directa com a saúde e o bem-estar da população, é reconhecido como um dos principais auxiliares da medicina preventiva e tem por objectivo maior promover condições ambientais necessárias à qualidade de vida e à protecção da saúde. No entanto, conforme os indicam os dados levantados na área de construção da ponte, a questão da qualidade da água, higiene e saneamento do meio ainda representam desafios que precisam ser equacionados para a promoção da saúde pública.

Nas áreas do estudo, cerca de um quarto dos agregados inquiridos estão localizados perto de charcos ou águas estagnadas, com predominância em Caia (30%) que em Chimuará (20%).

Gráfico 6: Localização perto de águas estagnadas



Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

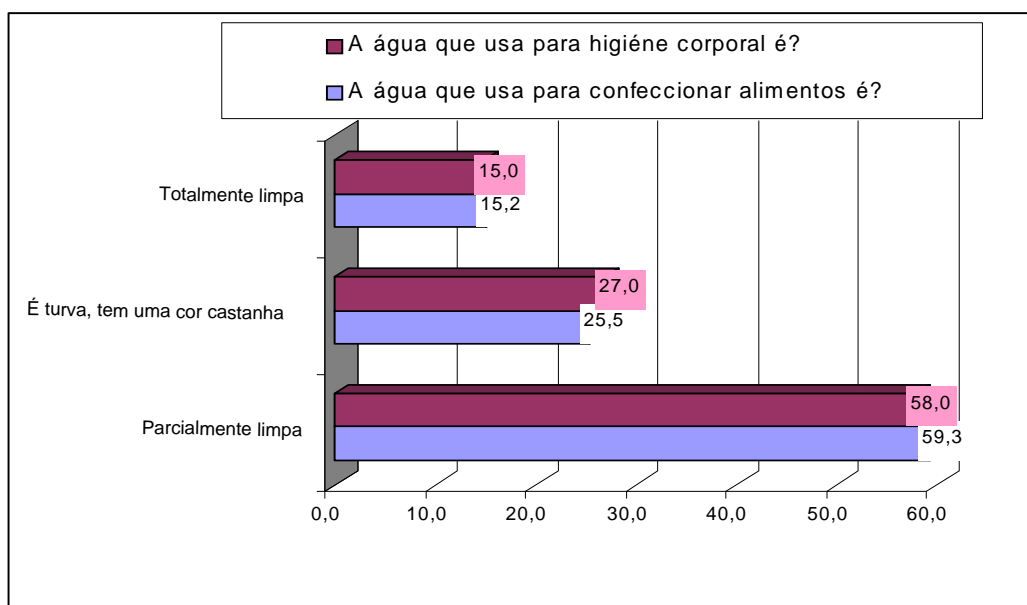
Quanto a água usada para confeccionar alimentos ou higiene pessoal, os dados mostram que a maioria dos inquiridos usa água imprópria, pois apenas 15% declarou usar água totalmente limpa, enquanto cerca de 60% usa água parcialmente limpa e 25% turva. A situação pode ser ainda pior, porque o conceito de água limpa é subjectivo e pode variar de entrevistado para entrevistado.

Tabela 15: Como classifica a água para confeccionar alimentos e higiene pessoal

	Localidade		Total
	Caia	Chimuará	
Parcialmente limpa	62.9	53.8	59.3
É turva, tem uma cor castanha	21.0	32.5	25.5
Totalmente limpa	16.1	13.8	15.2
N	372	240	612

Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

Gráfico 7: Qualidade da água de uso doméstico



Fonte: Inquérito aos Agregados Familiares em Caia e Chimuará, 2005.

A água nas comunidades é também abastecida por meio de furos onde se instalam bombas e por meio de fontanários. Na localidade de Chimuará existem cerca de 10 bombas de abastecimento de água, mas só 3 estão em funcionamento. A paralisação das bombas deve-se a situações de avaria, ou por falta de combustíveis. Muitas famílias são abastecidas através de poços tradicionais que são abertos nas casas ou através da água de lagoas e charcos, havendo também casos de uso e consumo da água do rio.



No dia a dia a água usada para o consumo, não é tratada e nem fervida. A água para o consumo só é fervida ou tratada, quando há um surto da epidemia de cólera ou um alerta das entidades sanitárias para a doença, mas no geral, as pessoas não têm o hábito de tratar a água e nalguns casos a água é tirada em lugares impróprios como nos chamados poços tradicionais que na maior parte dos casos não são cobertos e quando chove a tendência é de entrar água da chuva e outras substâncias nocivas; e nas lagoas, que muitas vezes são focos de

águas paradas e não tratadas. Conforme atesta a entrevista:

"...com hábito dessa gente que está aqui na zona...quando busca água em qualquer sítio bebe de vez. Só quando ouvem assim cólera, cólera é que pessoas correm para aquecer

água e quando pára cólera já não aquecem, enquanto não ouvirem nada, não fervem!" (Discussão em grupo, jovens não estudantes, Caia).

É de salientar que esta atitude de não tratar a água para o consumo, de forma regular, não só é referida como sendo uma atitude da população em geral, como também das entidades sanitárias que só tratam com cloro as águas dos fontanários e bombas quando há alerta de cólera ou quando tem notado maior frequência de casos de cólera nas unidades sanitárias, tal mostra o depoimento a seguir,

"Quero dizer que aquele cloro eles usam quando é tempo de cólera, não é sempre que eles usam aquele medicamento, só quando há epidemia que está afectar a população...para prevenir, não é constante" (Discussão em grupo, jovens estudantes e não estudantes, Caia).



Existe em Caia e Chimuarra, problemas de saneamento e de higiene. A nível das comunidades no geral, mas também a nível das famílias e dos indivíduos, muitas das casas, principalmente nas aldeias, ou não tem latrinas ou estas são construídas muito perto da casa e com pouca profundidade. As necessidades maiores e menores são feitas nas proximidades das casas e também em áreas abertas. A prática do fecalismo a céu aberto e, em alguns casos, próximo às fontes de água, é considerado um "hábito cultural da zona". É também comuns as pessoas deixarem o capim crescer em certa parte do quintal sem ser cortado, para a prática de fecalismo. Esta percepção é secundada em entrevista com profissionais da saúde:

"Aqui a comunidade em geral a questão do saneamento do meio, é um pouco fraco esse aspecto porque a população parece que não tem o habito do uso de latrinas, fazem as suas necessidades ao relento normalmente, isso verifica-se quando passeias ai pelo caminho e isso também é um factor que pode provocar a cólera, consumo de água normalmente a população não ferve água, Assim que estamos na fase de alerta quando a gente distribui estes medicamentos de tratamento de água, são poucos que usam ..." (Entrevista individual, profissional de saúde, Chimuarra),

"Posso dizer que há falta de latrinas...quase que todo esta localidade de Chimuarra, a maioria da população não tem latrinas,...mas costuma acumular capim perto de casa para poder nas noites irem fazer as necessidades maiores...e além das crianças há também mesmo adultos que encontra assim na rua a fazer necessidades maiores, isso é por falta de latrinas.", ou ainda, *"sim...eu concordo com a ideia dele, por exemplo no caso do rio, as pessoas utilizam aquele mercado, e vai também fazer coiso...fazer como latrina, e utilizam latrina daquele mercado, os passageiros chegam utilizam aquele mercado, lixo tem ma conservação, cagam perto...a preparar comida a sentir cheiro"* (Discussão em grupo, população geral, Chimuarra).

O lixo, na maior parte dos casos não é devidamente tratado. A pratica correcta seria não acumular lixo, queimar ou enterrar o lixo, mas tal não se verifica em todos bairros nem com todas famílias. Apesar de o quadro geral sobre acesso a água, higiene e saneamento não ser muito positivo, existem também algumas excepções, seja nas aldeias ou nas vilas, onde os hábitos de higiene e saneamento são mais adequados aos padrões necessários para a promoção da saúde pública.

As entidades sanitárias, na tentativa de melhorar as condições de higiene, costumam fazer visitas de inspecção a estabelecimentos comerciais e as casas, e também fazem algumas campanhas de sensibilização, mas estas práticas não são muito frequentes, e mesmo assim algumas famílias e indivíduos não cumprem com os apelos, apesar de existir um amplo reconhecimento de que as doenças como malária, cólera e diarreias são de alta prevalência nas duas localidades em associação a factores contextuais, ligadas com questões da água, higiene e saneamento.

Na altura da pesquisa deparamo-nos com algumas acções esporádicas realizadas por algumas ONGs preocupadas com a melhoria da água, como é o caso do agrupamento teatral da PSI/Jeito que, por coincidência, encontrava-se em Caia-sede a fazer promoção de um produto de purificação de água denominado Certeza.

A partir de uma pequena conversa com um dos jovens do grupo ficamos a saber que aquela era a primeira vez que o grupo se encontrava no local para o lançamento do produto e que seria vendido a preço de 8 mil meticais. Apesar de esta ser uma iniciativa para promover a melhoria da qualidade da água, forma como é feita e o preço praticado levantam dúvidas sobre a adesão da população e a sustentabilidade da iniciativa.

IV.7. REDES DE APOIO E IEC

Várias organizações e instituições estão envolvidas em acções de combate ao HIV/SIDA em Caia e Chimuara. As acções de combate ao SIDA levadas a cabo pelas instituições que trabalham nesta área, como os Serviços distritais de saúde, o SAAJ, GATV, Geração Biz, Corredor de Esperança, FHI, associações como Kufunana, Tgendgerani, Kukumbi e outras caracterizam – se por campanhas de aconselhamento, de sensibilização que apelam a mudança de comportamento sexual, à prática de relações sexuais seguras, ao uso de instrumentos perfuro cortantes esterilizados e distribuição de preservativos e materiais educativos. Ao nível governamental há um plano do MISAU para conter a propagação de DTSS/HIV/SIDA e melhorar a capacidade de tratamento de infecções oportunistas, existindo uma previsão de implantação de um Hospital Dia.

Algumas organizações estão envolvidas em iniciativas de apoio a PVHS, como a Tanga Tanga e Kufunana (ver lista de organizações e áreas de cobertura abaixo). O recurso ao teatro e à colocação de panfletos e outdoors são algumas das formas adoptadas para o combate ao HIV/SIDA.



Entretanto, apesar de existir um considerável número de organizações a intervirem nas áreas do estudo, sobretudo em Caia, o nível de coordenação entre as entidades actuantes é bastante fraco e o grau de concertação das abordagens e foco das mensagens igualmente fragmentários. De acordo com um dos entrevistados:

“As acções de HIV/SIDA aqui em Caia são realizadas de diversas maneiras, são muitas associações mas com diferenças de finalidades. Temos associação Kufunana, temos Tenderane, temos Tanga Tanga, a tendência do nosso objectivo é combater SIDA, mas a informação chega de diversas maneiras” (Entrevista individual, representante de ONG, Caia).

Muito poucas entidades estão envolvidas em acções de educação e consciencialização sobre os aspectos relativos à água, higiene e saneamento do meio. As campanhas de sensibilização e mobilização comunitária para a implementação de medidas de higiene e saneamento do meio, incluindo purificação da água, são geralmente desencadeadas pela Saúde e pelos líderes

comunitários e políticos, de forma bastante esporádica ou quando se registam surtos generalizados de cólera.

A maior parte das organizações actua em Caia e Chimuara debate-se com uma série de problemas estruturais e organizacionais, limitações de recursos humanos e financeiros para a realização das suas actividades, dificuldades de transporte para expandir as suas áreas de cobertura e muitas delas tem capacidades bastante limitadas para a promoção de um trabalho intensivo de consciencialização e prevenção, não obstante a boa vontade de muitas delas.

Tabela 16: Lista das Instituições e Áreas de actuação

Instituição/Org.	Repres.	No. Func.	Área Intervenção	Cobertura
FHI	João Mafunda	50	Nutrição, HIV/SIDA, Agricultura	Caia – Marromeu, Gorongosa
AISPU			Saúde	Unidades sanitárias Caia
CVM			Água e saneamento, Saúde HIV/SIDA, calamidades	Caia-Sede
ASVIM			Crianças- órfãos	Caia-Sede (bairro da vila)
NDCS	Wing	10	HIV/SIDA	Distrito de Caia
Corredor de Esperança	Elias Lanquine		HIV/SIDA: Sensibilização dos camionistas	Caia, Murraça, Sena
Consórcio	Jenny Capuana		Saúde, Agricultura Educação	Algumas localidades do distrito de Caia
ADC	José Filipe	4	Crianças-órfãos	Caia-Sede
Projecto meu Futuro é Minha Escolha	Martinho Gumassanza		HIV/SIDA	Distrito de Caia
Ass. Sombreiro	Zito Candjere	10	HIV/SIDA	Regulado Sombreiro
Chipuazo		10	HIV/SIDA	Chipuazo
Tangatanga	João Filipe	10	HIV/SIDA	Regulado Tangatanga
Npanza	Tiago Americano	10	HIV/SIDA	Npanza
Sacatumwa	Joaquim Sacatumwa	10	HIV/SIDA	Sacatumwa
Associação dos Activistas Voluntários	Mário Joaquim Alé	6	HIV/SIDA	Malocotela, Nhamoma, Chirimba 1 e 2
Zimbawe	Elena Zimbawe	10	HIV/SIDA	Regulado Zimbawe
SAAJ	Fumane Joaquim Wing	20	HIV/SIDA Drogas Saúde Sexual e reprodutiva	Distrito de Caia Massingue Chemba
CCM		10	HIV/SIDA	Distrito de Caia
CRCS	Tomás Alfaite		HIV/SIDA	Caia Sede
Kufunana			PVHS	Caia
Ndjendjerane	Sr. Mortal		Combate ao pitacufa	Aldeias do interior de Caia
APEHZ	Selimani Mussá	6	Apoio a crianças órfãos	Sangati
Kukumbi	Lucas Jorge	15	ATV e prevenção do HIV/SIDA	Chimuara, Nhacatundo, Loere, Barragem
Geração BIZ	Victor Paulo		ATV e prevenção do HIV/SIDA	
World Vision Projecto RITA	Domingos Veremo	15	ATV e prevenção do HIV/SIDA, Apoio a crianças	
PSI Jeito			HIV/SIDA e malária	
AMETRAMO				
Tchenjerane			Saúde	

V. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES

No que concerne às características dos agregados familiares constatou-se que, em média, os agregados familiares abrangidos por este estudo são compostos por 6 pessoas, 3.3 dos quais com idade inferior a 15 anos. Mais de 85% dos chefes dos agregados familiares abrangidos são casados e com uma prevalência de poligamia de cerca de 14%.

Perto de metade (48%) dos chefes de agregados entrevistados não professa nenhuma religião. Dos que tem religião, quase metade (49%) professa a religião Cristã (católica e protestante/evangélica). O nível de escolaridade é baixo, pois mais de 75% nunca frequentaram uma escola ou não chegaram a completar o nível primário e apenas 2.5% e que completaram o nível secundário. Como consequência do baixo nível de instrução, cerca de 88% dos entrevistados são camponeses e nenhum tem emprego assalariado.

A maior parte dos residentes nos sites de pesquisa são nativos, mas existem um considerável número de pessoas que são originárias de outros lugares, e que fixaram residência no local a menos de 10 anos.

ASPECTOS DE SAÚDE E HIV/SIDA

Em relação aos aspectos de saúde, constatou-se que a rede sanitária dos distritos de Caia e Mopeia é bastante precária e, os sites do estudo e de implantação do projecto de construção da ponte são servidos por um Centro de Saúde (Caia) e um Postos de saúde (Chimuara) que conta somente com um médico e pouco menos de 12 funcionários com qualificações médias, básicas e elementares. As unidades sanitárias disponíveis não conseguem dar vazão à crescente demanda por serviços de saúde e, este quadro poderá sofrer agravamentos significativos com a mobilização de milhares de trabalhadores para o projecto da construção da ponte.

A Malária, a Cólera e a Tuberculose são as doenças mais frequentes na área de estudo, ainda que a maior parte dos inquiridos tenha dado indicações de conhecer as formas para sua prevenção e tratamento. As unidades sanitárias e os curandeiros são as principais entidades para as quais as pessoas recorrem em busca de tratamento para estas e outras doenças, embora casos de auto-medicação também tenham sido reportados.

CONHECIMENTOS, ATITUDES EM PRÁTICAS EM RELAÇÃO AO HIV/SIDA

O conhecimento genérico sobre a existência do HIV/SIDA é quase universal na área de estudo, tendo como principais fontes de disseminação a rádio, familiar, amigo ou vizinho, unidade sanitária, activistas de saúde e jornais/revista/folhetos. No entanto o grau de conhecimento sobre aspectos concretos da epidemia é ainda baixo, sobretudo no que se refere à distinção entre HIV e SIDA, formas de transmissão e relação entre o número de parceiros e as probabilidades de infecção pelo vírus HIV.

O conhecimento sobre os sintomas das Infecções de Transmissão Sexual (ITSs) por parte dos nossos entrevistados também é relativamente pobre, pois, a percentagem de respostas correctas

raramente ultrapassa os 60%, sendo, portanto ligeiramente pior que o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/SIDA referido no parágrafo anterior.

Mais de 90 por cento dos inquiridos nunca fizeram o teste de DTS e/ou HIV citando como principais razões o medo de saber os resultados, nunca ter precisado, falta de tempo, desconhecimento da existência do teste ou falta de acesso ao teste. As mulheres têm mais medo de saber o resultado e desconhecem mais da existência do teste que os homens, enquanto os homens declaram ter maior dificuldade de acesso e nunca precisarem fazer o teste que as mulheres.

Existe na área de estudo uma mistura de conhecimento insuficiente e algum preconceito e/ou estigma sobre as pessoas portadoras de HIV/SIDA. Este manifesta-se pelo receio de mudança de relacionamento social e laboral (relacionamento com a família, ninguém aceitaria namorar com eles, perderiam o emprego, as pessoas os evitariam ou o *stress* causado pela notícia de que são HIV-positivos os mataria).

Apesar de quase todos conhecerem o preservativo, o seu uso é baixo, menos de 20% usa preservativo nas suas relações sexuais. O índice de uso do preservativo é ainda mais baixo (menos de 10%) nas relações sexuais com parceiro/a não regular ou ocasional sem pagamento. Entre as principais razões para o não uso do preservativo nas relações sexuais destacam-se o “não gostar” e “não ter pensado nisso”.

CONDIÇÕES DE HIGIENE, ÁGUA E SANEAMENTO

Apenas um quarto dos agregados inquiridos estão localizados perto de charcos ou águas estagnadas, a maioria usa água imprópria para confeccionar alimentos ou higiene pessoal, pois apenas 15% declarou usar água totalmente limpa, enquanto cerca de 60% usa água parcialmente limpa e 25% turva. A situação pode ser ainda pior, porque o conceito de água limpa é subjectivo e pode variar de entrevistado para entrevistado.

As duas localidades debatem-se com sérios problemas de manuseio do lixo, sobretudo nas áreas de concentração de pessoas como os mercados e barracas muitas delas erguidas ao redor dos sites de implantação do projecto de construção da ponte. A falta de latrinas ou, nos casos em que existam, a baixa profundidade das latrinas abertas são também problemas que caracterizam os dois sites de pesquisa. Este quadro é agravado pela prática do fecalismo a céu aberto, que é considerado por muitos como um “hábito cultural”, poucas vezes pensado como tendo implicações no estado geral de saúde das comunidades e na proliferação de doenças.

Existem várias instituições intervindo nas duas localidades, sobretudo na área de combate ao HIV/SIDA, sendo que as áreas de higiene, saneamento e até mesmo provimento de água potável são bastante negligenciadas.

VI. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS – ACÇÕES

VI.1. ÁREA DA SAÚDE EM GERAL

1. INVESTIR NAS UNIDADES SANITÁRIAS

A rede sanitária disponível nas duas Localidades é, de modo geral, precária. Para fazer face a esta situação recomenda-se que o projecto invista no estabelecimento de parceria com os serviços de saúde e mobilização comunitária para a reabilitação, ampliação e provimento de equipamento nas unidades sanitárias disponíveis. O processo de reabilitação das unidades sanitárias deverá eleger algumas e equipá-las relativamente melhor, para servir de unidades de referência que atendam a casos relativamente mais complexos, contribuindo com isso para (i) a redução das distâncias que se tem que percorrer em busca de serviços mais especializados (ii) diversidade e abrangência dos serviços fornecidos (iii) qualidade do atendimento – seja no que se refere à capacidade de diagnóstico apropriado como na prescrição do tratamento ou medicação correcta (iv) ampliar a cobertura e reduzir o tempo de espera pelo atendimento¹¹;

2. INVESTIR NA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde baseados nas comunidades são uma das referências principais para as pessoas que procuram atendimento, cuidados e apoio nestas instituições. Apesar do baixo nível de qualificação de muitos Técnicos elementares e Agentes Polivalentes de Saúde, que são em muitos casos os únicos provedores de saúde disponíveis nas duas localidades, as pessoas continuam a procurar os seus serviços, o que nos dá indicação da demanda pelos serviços de saúde. Contribuir na promoção da melhoria das qualificações destes e outros provedores de saúde poderá implicar na melhoria na qualidade dos serviços prestados e condições gerais de saúde das comunidades;

3. AMPLIAR A CAPACIDADE EM RECURSOS HUMANOS

Paralelamente à necessidade de melhoria das qualificações e especialização dos actuais provedores de serviços de saúde existentes nas duas localidades, deve-se ter em mente que a infusão massiva de trabalhadores deve ser acompanhada pelo aumento da capacidade de prestação de serviços na área da saúde e outros sectores. Para responder à actual demanda pelos serviços de saúde, e que será inúmeras vezes multiplicada com a chegada ou concentração de pessoas em decorrência do projecto da ponte, deve ampliar a capacidade instalada em termos de recursos humanos nas unidades sanitárias; obras públicas e outras áreas;

4. CONTRIBUIR PARA ASSEGURAR A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS

O actual sistema de provimento de produtos médicos e medicamentosos é bastante complexo. Além das reduzidas quantidades e baixa diversidade dos medicamentos disponíveis, a provisão de medicamentos enfrenta constantes situações de ruptura de

¹¹ Apesar do levantamento realizado pela Direcção Provincial da Saúde de Sofala, para a transformação do centro de Saúde de Caia, ainda não existem perspectivas de arranque das obras. No Plano anual de Afetividades do MISAU (POÁ 2006) esta afetividade não está considerada.

stock. O projecto pode contribuir na melhoria dos mecanismos de funcionamento deste sistema de provisão em estreita coordenação com os serviços de saúde;

5. CAPITALIZAR OUTRAS FONTES DE PROVISÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os curandeiros foram referidos como importantes fontes de prestação de algum tipo de cuidado de saúde. O projecto deverá capitalizar a intervenção destes agentes e actores, provendo-lhes de conhecimentos adicionais para a prestação correcta de cuidados básicos e específicos de saúde, sobretudo nos círculos onde a rede sanitária dificilmente alcança. Também em decorrência do HIV/SIDA, a intervenção de alguns destes agentes pode fazer a diferença na prestação de cuidados domiciliários a PHVS.

VI.2. ÁGUA, HIGIENE E SANEAMENTO

6. PROMOVER CAMPANHA DE IEC SOBRE HIGIENE, SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE

Os tópicos e questões relativas às noções de higiene e saneamento do meio tem sido bastante negligenciados pelas instituições e organizações que intervêm na comunidade, e muitas medidas de higiene e salubridade têm sido ignoradas pelas comunidades. Para se colmatar esta situação e evitar agravamento associados ao arranque do projecto da ponte deve-se dinamizar as campanhas de IEC sobre estes aspectos, realçando a sua relevância para a promoção da saúde individual e colectiva.

7. PROMOVER A MELHORIA DAS INFRA-ESTRUTURAS PÚBLICAS

As infra estruturas públicas, como o mercado, sanitários públicos, terminais de chapa cem deverão ser reestruturados, ampliados e/ou refeitos, com capacidade ampliada para albergar o levado número de pessoas que vão fazer uso desses serviços. Os locais de aglomeração de barracas, bares e botequins deverão obedecer a padrões mínimos de higiene e saneamento (ex: sanitários ou latrinas limpas e operacionais);

8. ESTABELECIMENTO DE PADRÕES DE GESTÃO DE LIXO

Combater o hábito de acumulo de lixo em locais e de forma imprópria, incentivando o hábito de queimar ou enterrar o lixo nas áreas residenciais e áreas públicas que não possam ser consideradas para sistemas de recolha de lixo.

9. INCENTIVAR AO ESTABELECIMENTO DE FONTANÁRIOS E VALAS DE DRENAGEM

Incentivar as organizações, associações e comunidades a promoverem medidas seguras de gestão e uso dos recursos hídricos, incluindo a abertura de fontanários ou poços cobertos, bem como outras medidas de cuidados com as águas. A construção de valas de drenagem poderá contribuir para a redução de focos de concentração de águas ao redor das áreas residenciais.

10. PROMOÇÃO DE LATRINAS MELHORADAS

Para fazer face ao hábito da prática do fecalismo a céu aberto deve-se promover a adopção de latrinas melhoras, seu uso e manutenção apropriada, nas comunidades e em espaços públicos.

11. PROMOÇÃO DA ADOÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E COMBATE AS DOENÇAS

Incentivar as populações a adoptarem medidas de higiene e saúde que contribuam para a prevenção de doenças, através do incentivo ao combate aos focos ou fontes de proliferação de doenças. Promover a adopção de redes mosquiteiras impregnadas com insecticidas, medidas de pulverização dos bairros, tratamento da água e outras;

VI.3. PREVENÇÃO, TRATAMENTO DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS E MITIGAÇÃO DO HIV/SIDA

VI.3.1. ABORDAGEM PARA A COMUNIDADE EM GERAL:

12. PROMOVER INICIATIVAS DE CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE O HIV/SIDA ENVOLVENDO ONGs

A rede escolar, as estruturas comunitárias de liderança, mas sobretudo as organizações não governamentais que existem e já trabalham no combate ao HIV/SIDA podem ser capitalizadas para a disseminação de informação e conhecimentos sobre o HIV/SIDA;

13. CAPACITAR AS ONGs INSTITUIÇÕES PÚBLICAS EXISTENTES

Apesar de várias organizações estarem envolvidas em actividades de combate ao HIV/SIDA, a maior parte delas trabalha de forma dispersa, fragmentária e com abordagens não necessariamente complementares. O desafio da capacitação passa por rever o papel do Núcleo Distrital de Combate ao HIV/SIDA, como agente de coordenação, fornecendo-lhe o capital humano e recursos técnicos adicionais para o exercício do seu papel de coordenação. A capacitação deverá incluir a operacionalização de fóruns locais de harmonização das abordagens e conteúdos das mensagens avançadas;

14. CONSOLIDAR OS SERVIÇOS DO GATV E SAAJ

O GATV e o SAAJ ainda não realizaram todo o seu potencial de contribuição na luta contra o SIDA, como bem demonstraram o baixo índice de consulta a estes serviços, assim como o baixo índice de realização de testes. A dinamização das outras actividades a serem realizadas pelos demais actores envolvidos na luta contra o SIDA deverão criar demanda pelos serviços de GATV e SAAJ, que deverão estar devidamente equipados seja em recursos humanos, preservativos e/ou Kits de testes.

15. PROMOVER A PARTICIPAÇÃO DA MULHER EM ACTIVIDADES DE GERAÇÃO DE RENDIMENTO

A actividade comercial é uma das mais valorizadas formas de geração de rendimentos nestas comunidades. No entanto, a participação directa da mulher nesta actividade é bastante reduzida, e agravada pelo facto de que os produtos que elas tendem a comercializar quando participam desta actividade, estão sujeitas a uma forte concorrência. Adoptar medidas que incentivem as mulheres a envolverem-se a actividades de geração de renda no comércio e na agricultura, mas sobretudo através do seu envolvimento no trabalho assalariado no projecto de construção da ponte;

VI.3.2. ABORDAGEM ESPECÍFICA AO LOCAL DE TRABALHO:

16. CRIAÇÃO DE UM AMBIENTE FAVORÁVEL NO LOCAL DE TRABALHO

Os empreiteiros deverão contribuir na criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento de iniciativas de combate ao HIV/SIDA, e promoção de medidas gerais de higiene e salubridade, através de um cometimento explícito das lideranças a todos os níveis, com acções práticas que podem incluir: a disponibilização de tempo, em horário de trabalho, para os trabalhadores participarem em acções de IEC; o provimento de preservativos em sites especialmente seleccionados no local de trabalho e áreas de residência dos trabalhadores; a garantia de disponibilização de férias e tempo de regresso às suas famílias para os funcionários deslocados; a garantia do cumprimento da legislação moçambicana sobre os direitos das PVHSs no local de trabalho;

17. ESTABELECEM REDES DE ACTIVISTAS E EDUCADORES DE PARES NO LOCAL DE TRABALHO

Os empregadores devem incentivar a formação de grupos de educadores de pares, numa base voluntária, e capacitá-los em matéria de HIV/SIDA e promoção da saúde pública, provendo-lhes de meios e recursos para o exercício da sua actividade de educação de pares dentro da rotina de trabalho e interacção com os colegas, sem que isso implique numa sobrecarga de tempo de trabalho para os educadores de pares.

18. INTRODUIR CAMPANHAS SISTEMÁTICAS DE IEC NO LOCAL DE TRABALHO

Além da rede interna de educadores de pares a ser estabelecida entre os trabalhadores envolvidos no projecto, o empregador deve promover e criar condições para que campanhas mais abrangentes de IEC sejam realizadas no local de trabalho e áreas de residência dos trabalhadores, envolvendo outros intervenientes, como as ONGs locais, grupos de teatro, etc. Estas campanhas devem ser realizadas numa base sistemática e regular, com diversificação dos assuntos e tópicos a serem abordados;

19. ESTABELECEM UM SISTEMA DE REFERÊNCIA ÀS UNIDADES SANITÁRIAS

Os empregadores e trabalhadores activistas devem estabelecer sistemas de orientação e referência para os trabalhadores acederem aos serviços de saúde disponíveis na área, fornecendo informações simples, claras e precisas sobre o procedimento a ser seguido para aceder aos serviços de saúde, com indicações sobre o tipo de serviços disponíveis;







20. PROMOVER FORMAS DE LAZER E ENTRETENIMENTO DIVERSAS

Incentivar os trabalhadores e comunidades ao redor a desenvolverem formas de entretenimento e lazer diversificadas, que possibilitem a redução do tempo eventualmente gasto no consumo de bebidas alcoólicas e envolvimento em sexo transaccional.






VI.3.3. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS NA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E MITIGAÇÃO DO HIV/SIDA (GERAL)

Todas as acções a serem realizadas nos sites de construção da ponte devem ter como objectivo:










PREVENÇÃO

-  *Promover comportamentos sexuais seguros*
-  *Sensibilizar os trabalhadores e a comunidade sobre a avaliação do risco pessoal e a prevenção da transmissão das ITSs e do HIV*
-  *Aconselhamento para o uso do preservativo*
-  *Promover o acesso e a utilização de serviços de saúde, ATV*
-  *Estabelecer sistema de referência aos serviços de saúde, com identificação e orientação clara sobre as diferentes opções disponíveis;*
-  *Promover mudanças estruturais que contribuam para a redução das situações em que coloquem os trabalhadores em situações de vulnerabilidade*

TRATAMENTO DE IO

-  *Disponibilização de informações educativas sobre a importância do tratamento das ITSs e sua correlação com a infecção pelo HIV;*
-  *Disponibilização de informações claras e sobre os passos e etapas que devem ser seguidos pelos trabalhadores para aceder aos apoio institucional para assistência médica e medicamentosa.*
-  *Garantir o cumprimento do direito a Assistência Médica e Medicamentosa*
-  *Redução da burocracia*
-  *Melhorar os Cuidados de Saúde Primários e Saúde Ocupacional*

MITIGAÇÃO

-  *Promover o acesso e uso dos serviços de apoio psicossocial disponíveis nos serviços de saúde e/ou local de inserção sócio-profissional dos funcionários*
-  *Assegurar a continuidade da vida produtiva promovendo o remanejamento de tarefas de acordo com as condições físicas e de saúde das PVHS*
-  *Assegurar o treinamento e capacitação dos funcionários para novas funções e actividades*
-  *Alocação de tempo necessário para o cumprimento das recomendações e prescrições médicas*
-  *Promover a divulgação e aplicação da Lei de protecção do portador do HIV/SIDA no local de trabalho*
-  *Promover a integração de trabalhadores em redes apoio ou de PVHS*
-  *Trabalhar em parceria com a Direcção da Acção Social e outros actores relevantes para a promoção de acções que evitem a expropriação da terra nas famílias locais;*
-  *Promover pequenos projectos, com especial atenção para as mulheres e crianças órfãs e vulneráveis;*
-  *Promover a capacitação das comunidades em micro projectos de geração de rendimentos, com impacto local.*

O QUE COMUNICAR

- *Conceitos básicos sobre ITS-HIV/SIDA*
- *Formas de Transmissão e de prevenção*
- *Noções de saúde sexual e reprodutiva*
- *Informação educativa sobre vulnerabilidade, comportamentos e situações de risco*
- *Informações educativas sobre o preservativo e suas múltiplas vantagens*
- *Facilidades de acesso e disponibilidade de preservativo*
- *Canais de acesso aos serviços dos GATV*
- *Conceitos básicos sobre ITSS, formas de transmissão e prevenção*
- *Implicações das ITSS e sua Correlação com o HIV/SIDA*
- *Carácter tratável das ITSS*
- *Lista de serviços que fornecem serviços de tratamento das ITSS nos arredores*
- *Importância de se buscar diagnóstico clínico apropriado nos serviços de saúde*
- *Informe sobre a possibilidade /realidade de tratamento de infecções oportunistas*
- *Noções de conceitos de "Vida Positiva"*
- *Importância das noções e técnicas de sexo seguro para evitar o perigo da re-infecção*
- *Serviços especializados de aconselhamento*
- *Direitos das PVHS*
- *Informe e referencia aos Serviços especializados de apoio psicossocial (GATVs)*
- *Referencia a redes comunitárias de apoio de PVHS (e redes de ONGs)*
- *Referência a redes de acesso à micro-crédito, ou apoio material (se possível)*
- *Importância e formas de solidariedade e apoio*
- *Informações relevantes sobre formas de tratamento e cuidados a prestar às PVHS*

COMO COMUNICAR

- *Meios de comunicação de massa (privilegiar a rádio e unidades móveis)*
- *Educação de Pares (com activistas treinados dentro dos trabalhadores do projecto;*
- *Educação de pares (entre as trabalhadoras de sexo)*
- *Educação de pares entre comerciantes e outras categorias sócio-profissionais*
- *Promoção de debates entre diferentes grupos socioprofissionais*
- *Grupos de activistas comunitários, das associações e das ONGs*
- *Profissionais da Saúde, Educação, Agricultura e outros;*
- *Brochuras, Panfletos, simples e ilustrados*
- *Materiais audiovisuais (video e cinema móvel)*
- *Educação e entretenimento através de Teatro, danças, etc.*
- *Matérias promocionais (Camisetas, Bonés, capulanas, etc.)*
- *Envolvimento dos líderes locais na divulgação de informação de sensibilização*
- *Colocação de outdoors voltados para a população geral não somente grupos específicos*
- *Uso de línguas locais*

De modo a assegurar uma **COMUNICAÇÃO** efectiva sobre o HIV/SIDA e saúde pública, a abordagem deve ser participativa e interactiva. Em todas as áreas temáticas apresentadas na Estratégia:

- *As mensagens devem ser apropriadas para homens e mulheres, um único tipo de mensagem não é necessariamente apropriado para todos;*
- *Assegurar que a comunicação é feita em ambas as direcções e não somente dos chefes para os trabalhadores ou facilitadores para os trabalhadores;*
- *Facilitação de diálogo e discussão sobre tópicos específicos (ex: Preservativo, fidelidade, tratamento ou outros) atendendo a demanda e interesse dos funcionários e/ou outros beneficiários;*
- *Procurar colher contribuições dos funcionários/beneficiários antes do desenho ou lançamento de campanhas ou produtos específicos (ex: pré-teste dos materiais, ou auscultação dos beneficiários);*
- *Analisar o feedback dos trabalhadores e adopta-lo para informar acções futuras.*

VII. OPÇÕES E FORMAS DE INTERVENÇÃO

As acções estratégicas acima recomendadas devem ser acompanhadas e operacionalizadas através de mecanismos combinados de intervenção, que mobilizem sinergias e competências especializadas para o desencadeamento e implementação de acções rápidas e eficazes nas áreas de foco deste estudo, com vista a responder, proactivamente, aos desafios de promoção da saúde pública num contexto de infusão massiva de mão-de-obra.

Reconhecendo que o empreendimento de construção da ponte sob o rio Zambeze é um investimento de dimensões, alcance e impacto extraordinários, a equipe de pesquisa recomenda que as formas de desencadeamento, coordenação e operacionalização das iniciativas de promoção da saúde pública, prevenção e mitigação do HIV/SIDA devem assumir um carácter mais agressivo, criativo e dinâmico, que vá além das formas tradicionais de intervenção em situações de natureza similar.

Com essas premissas em mente, são apresentadas 3 opções ou formas de coordenação das intervenções, realçando-se os prós e contras de cada opção:

OPÇÃO I – CONTRATAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO/ORGANIZAÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DAS ACÇÕES

Como primeira alternativa, recomenda-se a contratação de uma empresa privada ou organização não-governamental (incluindo consórcio) que possa ser o principal responsável/coordenador pelo desencadeamento coordenado e sistemático das acções de promoção da saúde pública nos sites de construção da ponte. O processo de contratação deveria ser feito por via de concurso público, no qual as empresas ou organizações concorrentes são convidadas a apresentar propostas técnicas sobre como poderiam implementar as acções recomendadas neste estudo de base.

Nesta opção de intervenção, os termos de referência deverão indicar os principais actores e instituições com as quais o vencedor deverá coordenar acções específicas nas áreas da saúde, água, higiene e saneamento do meio e prevenção do HIV/SIDA. Assim, as instituições públicas e de prestação de serviços de saúde, como as unidades sanitárias e os GATVs, seriam reforçados nos seus papéis específicos, ao mesmo tempo em que se desencadeia campanhas massivas e sistemáticas de IEC, conforme a recomendação deste estudo de base.

Prós:

A favor desta opção está a necessidade de desencadeamento de uma resposta célere que envolva, numa perspectiva multisectorial, diferentes actores e sectores (Saúde, Educação, Obras Públicas, ONGs, Comunidades, Instituições Religiosas, Meios de Comunicação de Massa, Instituições religiosas, etc), o que dificilmente poderia ser conseguido pelas actuais instituições existentes nos sites de construção da ponte. Ou seja, o Núcleo Distrital de Combate ao HIV/SIDA, que é a actual instituição de coordenação das acções de combate ao HIV/SIDA em Caia, assim como o Centro de Saúde de Caia, não dispõem de uma competência administrativa e de coordenação plenamente operacional e capaz de mobilizar o conjunto de acções que tem que ser realizadas, em tempo hábil e de forma consistente. A intervenção de uma instituição

contratada para o efeito seria uma mais valia para o processo de capacitação do Núcleo Distrital e consolidação dos serviços de saúde, assumindo também que o Governo deverá concentrar a sua contribuição directa na expansão e melhoria da rede sanitária nos dois sites (com prioridade para a transformação do Centro de Saúde de Caia em Hospital Rural.

Contras:

A resistência de algumas instituições de tutela das áreas abarcadas pelas intervenções poderá retardar o pleno funcionamento da instituição/organização contratada para a dinamização da resposta;

O processo de capacitação das instituições públicas, e organizações comunitárias poderá ficar comprometido se a instituição vencedora não estabelecer as necessárias parcerias locais, ameaçando a sustentabilidade da iniciativa;

Os custos de contratação de serviços especializados poderão ser elevados;

OPÇÃO II – CONTRATAÇÃO DA UASMA/ANE PARA A GESTÃO E COORDENAÇÃO

A subcontratação da USAMA/ANE para a implementação das acções recomendadas neste estudo de base poderá ser uma das formas opcionais de intervenção. Neste caso, a USAMA seria a responsável directa pela subcontratação de agentes implementadores das diferentes iniciativas estrategicamente recomendadas neste estudo.

Prós:

A USAMA/ANE é uma instituição que goza de legitimidade e reconhecimento como braço da ANE responsável pela coordenação das acções de natureza social. A experiência adquirida em outros sites de construção de estradas e de pontes representa uma mais valia nesse sentido.

Contras:

A USAMA ainda não dispõe de metodologias consolidadas de trabalho em situações similares, dispondo de experiências que não foram devidamente documentadas e que possam secundar as intervenções de grande envergadura recomendadas neste estudo;

A USAMA dispõe de uma reduzida capacidade em termos de recursos humanos, além disso, outros empreendimentos em curso em diferentes pontos do país também podem diluir a atenção a prestar na área de construção da ponte, com a sobreposição de trabalho para um staff reduzido;

A diversidade das áreas a serem abarcadas (Saúde, Higiene, Saneamento, HIV/SIDA e comunicação de massa) e por um longo período de tempo, podem representar um desafio adicional à limitada capacidade de coordenação e de gestão até aqui instalada na UASMA;

Pode existir um possível conflito de interesse no exercício do seu papel de facilitador de processos de implementação de cláusulas sociais e monitoria das acções implementadas;

OPÇÃO III – DIVISÃO DAS ACÇÕES POR SECTOR

Nesta opção recomenda-se a divisão das responsabilidades pelos sectores públicos de tutela, tendo, por exemplo, o sector da saúde como o principal responsável por todos os aspectos de saúde, assim sucessivamente com água e saneamento, com o envolvimento das obras públicas. Nesta opção cada instituição de tutela seria incentivada a estabelecer parcerias com instituições da sociedade civil (ONGs e organizações de base comunitária) para a ampliação da capacidade de alcance das intervenções institucionais.

Prós:

Esta opção seria uma forma de contribuição directa ao processo de capacitação das instituições públicas, que iriam capitalizar a sua legitimidade institucional para promover a implementação das acções estratégicas recomendadas neste estudo.

Contras:

A fragilidade das instituições públicas, especialmente ao nível distrital, poderá representar um factor de entrave para o avanço do processo de implementação das acções previstas;

A dificuldade de coordenação entre instituições poderá implicar na implementação de acções descoordenadas e assistemáticas;

As limitações em termos de recursos humanos poderão implicar em atrasos em decorrência de processos de capacitação em que as instituições teriam que incorrer;

CONSIDERAÇÃO FINAL

Qualquer que seja a opção de intervenção seleccionada, todas as formas de intervenção deverão privilegiar o estabelecimento de parcerias entre o sector público, privado (incluindo operadores económicos) e organizações da sociedade civil (incluindo instituições religiosas, ONGs e CBOs) com cada actor a ser envolvido na implementação de acções específicas. Os profissionais da comunicação e os especialistas em Comunicação para o Desenvolvimento e Mudança de Comportamento deverão ser envolvidos no desenho e implementação de campanhas multimédia de comunicação.

As líderes políticas e técnicos envolvidas no empreendimento de construção da ponte deverão ser envolvidas na criação de um ambiente favorável para a implementação das acções estratégicas recomendadas neste estudo, para os dois os sites de construção, assim como ao nível nacional, através de intervenções tematicamente focalizadas aos aspectos relevantes apresentados neste estudo.

REFERÊNCIAS

Akesson, Gunilla et al (2004) Análise da Pobreza e do Impacto Social do Projecto de melhoramento da travessia sobre o rio Zambeze, Caia – Chimuara, Moçambique

Akesson, Gunilla, 2004, A Componente Sócio-económica do estudo de viabilidade da ponte sobre o rio Limpopo entre Guijá e chokwé, província de Gaza, Moçambique

Austral – USAID, 2001, Rural Access Project, Baseline data collection 1997, Mozambique

Impacto Lda, 2005, Estudo do Impacto ambiental para a Construção da ponte sobre o rio Zambeze, Vol.I: relatório de EIA

Impacto Lda, 2005, Estudo de Impacto Ambiental para a Construção da Ponte sobre o rio Zambeze, Vol.II: Plano de Gestão Ambiental (PGA)

Impacto Lda, 2005, Estudo de Impacto Ambiental para a Construção da ponte sobre o rio Zambeze, vol.IV: relatório do processo de consulta pública

Impacto Lda, 2003, Environmental Management Plan for Construction and Operation of the Zambeze river Ferry Crossing Project

INE, 2004, Projecções provinciais e distritais População 1997-2015: Actualização. Direcção de Estatísticas Demográficas, Sociais e Vitais, Maptuto.

Johansson, Kajsa, 2004, Estamos Juntos?, Thoughts about roads and development, Possibilities and risks associated with Two Bridge projects in Mozambique

Matsinhe, Cristiano, 2005, Pesquisa Rápida, Perfís Distritais do HIV/SIDA – Zambézia.

MISAU – 2006 – Plano Anual de Actividades 2006.

Ondongo, O. Et al, 2000, Bidding Documents for The Periodic Maintenance of the EN1 Road Section From Incoluane to Zandamela in Gaza Province Mozambique, draft design report, environmental and sociological impact assessment

Pedro, Maria C. M, 2003, Relatório Final Sobre os Estudos de Dados Básicos para a Reabilitação de Estradas Rurais nas Proíncias de Manica e Tete

Scott Wilson Lta, 2003, Moçambique, Resposta Sustentável às Inundações: Reconstrução da EN1 entre Chicumbane e Xai-Xai, Relatório Final dos Consultores de Monitoria de Trabalhos de Engenharia