

WLSA MOÇAMBIQUE

**REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DA SEXUALIDADE
ENTRE OS JOVENS E A FEMINIZAÇÃO DO SIDA
EM MOÇAMBIQUE:**

RELATÓRIO DE PESQUISA

Teresa Cruz e Silva
Ximena Andrade
Conceição Osório
Maria José Arthur

Maputo, 2007

FICHA TÉCNICA:

Título: Representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do SIDA em Moçambique: Estudos de caso no Centro e Sul do país

Autoras: Teresa Cruz e Silva, Ximena Andrade, Conceição Osório, Maria José Arthur

Editor: WLSA Moçambique

Pintura da capa: Bobas

Composição gráfica: WLSA Moçambique

Revisão do português: Bertina Oliveira

Nº do Registo: -----

Impressão: CIEDIMA, SARL.

A WLSA Moçambique é financiada pela Embaixada dos Países Baixos, OXFAM, HIVOS e DANIDA

1 000 exemplares

Maputo, 2007

AGRADECIMENTOS

Os nossos agradecimentos vão para as muitas instituições e indivíduos que, por vezes de forma anónima, nos apoiaram ao longo da realização deste trabalho. Um agradecimento especial é endereçado a todos os que connosco trabalharam nas equipas de investigação e às organizações e indivíduos que nos auxiliaram na logística e nos contactos a realizar e/ou que tão generosamente partilharam os seus conhecimentos e informações.

Maputo, 2007

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Investigadoras:

Teresa Cruz e Silva
Ximena Andrade
Maria José Arthur
Conceição Osório

Assistentes de Investigação:

Elísio Jossias
Patrícia Cumbe
Edite Cumbe
Manuel Maherendje
Inácio Mataruca
Zacarias Jemisse Matuassa
Sheila Barbosa Faquir
Samuel Sashala
Célio Velichande
Maria Salvador
Biel Andifói

ÍNDICE GERAL

Prefácio.....	11
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - Metodologia	23
1. Campo de análise e modelo teórico de pesquisa.....	23
2. Conceitos e abordagens.....	26
3. Grupo-alvo	35
4. Instrumentos de observação e caracterização da amostra.....	38
5. As unidades espaciais de estudo	43
CAPÍTULO II. Os direitos sexuais e reprodutivos e as políticas públicas.....	45
1. Os direitos sexuais e reprodutivos	49
2. Lei e política nacional de combate ao HIV/SIDA	62
3. Outros aspectos centrais para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto do Sida	75
CAPÍTULO III – Percepção e prática da sexualidade na era do SIDA	83
1. As representações da sexualidade	85
2. Da sexualidade ao conhecimento das ITS e do HIV/SIDA	95
3. Entre a percepção e a prática da sexualidade na era do HIV/SIDA	104
4. Na janela de uma “modernidade radicalizada” e os conflitos identitários entre jovens: “saber”, “ser” e “querer parecer” ..	108
CAPÍTULO IV – Direitos sexuais e reprodutivos e feminização do SIDA.....	111
1. Direitos sexuais e reprodutivos e relações de poder	111
2. Gravidez e interrupção da gravidez	117
3. Representações sobre violência sexual	119
4. Educação sexual para jovens, uma solução?.....	122
CAPÍTULO V – Estudantes universitários: o exercício da sexualidade num contexto de HIV/SIDA.....	125
1. Sexualidade: conhecimento, exercício e direitos	127
1.1 Onde, por quem e o que devem aprender sobre sexo e sexualidade	127

1.2. Diferenças entre aprendizagem e exercício da sexualidade	134
1.3. Concepções diferenciadas sobre direitos sexuais e reprodutivos	141
2. SIDA, Conhecimento, Exercício e Direitos	148
2.1. O conhecimento	149
2.2. Relação entre conhecimento e práticas	154
CONCLUSÕES	163
Recomendações	177
Referências bibliográficas	183

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Evolução da população por idade e sexo. 1997 – 2005 – 2015.....	35
Tabela 2 - Amostra geral do grupo-alvo e informadores-chave	41
Tabela 3 - Amostra geral do inquérito aos estudantes universitários.....	41
Tabela 4 - Acompanhamento dos Objectivos da CIP. Indicadores seleccionados de Moçambique e dos países da região membros da WLSA	51
Tabela 5 - Motivações que levam as pessoas a visitarem um GATV	68
Tabela 6 - Comparação das Taxas ponderadas de Prevalência do HIV Provinciais, Regionais e Nacional. Atribuição, Moçambique, 2001 – 2004	74
Tabela 7 - Amostra por sexos do inquérito aos estudantes universitários.....	126
Tabela 8 - Relação % onde ouviu falar pela primeira vez de sexo, segundo sexo.....	128
Tabela 9 - Relação % de com quem falou pela primeira vez de sexo, segundo homens e mulheres	131
Tabela 10 - Relação % dos assuntos principais que a mulher deve saber sobre sexo, segundo mulheres e homens. Todas as universidades.....	133
Tabela 11 - Relação % dos assuntos principais que o homem deve saber sobre sexo, segundo mulheres e homens. Todas as universidades.....	134
Tabela 12 - Relação % sobre as diferenças entre homens e mulheres no exercício da sexualidade.....	136
Tabela 13 - Relação % sobre se foi por vontade própria que teve a primeira relação sexual, segundo homens e mulheres	139
Tabela 14 - Relação % sobre se toma iniciativa quando deseja ter relações sexuais, segundo homens e mulheres	140
Tabela 15 - Relação % sobre nº de pessoas com quem teve relações sexuais durante os últimos 6 meses, segundo homens e mulheres	140

Tabela 16 - Moda estatística de idades de orientação, percepção e prática da sexualidade, segundo homens e mulheres (anos)	141
Tabela 17 - Relação % sobre, facto que uma mulher tenha o direito a ter relações com quem e quando quiser segundo homens e mulheres	145
Tabela 18 - Relação % sobre o namorado/marido obrigue parceira a ter relações sexuais ainda que ela n/o deseje, seja uma forma de violência sexual segundo homens e mulheres	146
Tabela 19 - Relação % sobre se são as mulheres que têm uma atitude provocante as que sofrem agressões sexuais segundo homens e mulheres.....	146
Tabela 20 - Relação % sobre de quem é a responsabilidade da gravidez Se principalmente da mulher, segundo homens e mulheres.....	147
Tabela 21 - Relação% sobre se estaria de acordo que uma mulher que fique grávida num contexto não desejado possa abortar, segundo homens e mulheres	148
Tabela 22 - Relação % do conhecimento sobre o SIDA, segundo homens e mulheres.....	150
Tabela 23 - Relação % sobre como se transmite o SIDA, segundo homens e mulheres	152
Tabela 24 - Relação % de como se evita o SIDA, segundo homens e mulheres.....	153
Tabela 25 - Relação % sobre se utilizou preservativo as últimas vezes em que teve relações sexuais	155
Tabela 26 - Relação % dos três motivos para não utilizar o preservativo, segundo homens e mulheres.....	157
Tabela 27 - Relação % sobre se fala com seu/sua parceiro/a sobre o SIDA.....	159
Tabela 28 - Relação % sobre observância de alguma/s mudança/s no comportamento sexual da/o seu/sua parceiro/a a partir do momento em que falaram sobre o SIDA.....	159
Tabela 29 - Relação % sobre as três opções principais do que se falou sobre o SIDA que provocou mudanças	160
 Quadro 1 - Compromissos internacionais assumidos por Moçambique perante o sistema de direitos humanos	 47

Siglas

CEDAW	CONVENÇÃO DA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER
CIPD	CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
DNS	DIRECÇÃO NACIONAL DA SAÚDE
DDHH	DIREITOS HUMANOS
DSC	DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE
DSR	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS
FNUAP	FUNDO DE NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO
GATV	GABINETE DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM VOLUNTÁRIA
ISCTEM	INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MOÇAMBIQUE
ISPU	INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO
ISRI	INSTITUTO SUPERIOR DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
HD	HOSPITAL DE DIA
HIV	VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (DO INGLÊS)
ITS	INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
MISAU	MINISTÉRIO DE SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
ONUSIDA	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DE COMBATE AO SIDA
PARPA	PLANO DE ACÇÃO PARA A REDUÇÃO DA POBREZA ABSOLUTA
PESS	PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR DE SAÚDE
PF	PLANEAMENTO FAMILIAR
PENSIDA	PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE COMBATE AO SIDA
PES	PLANO ECONÓMICO E SOCIAL
PTV	PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL
PS	POSTOS SENTINELA
PVHS	PESSOAS VIVENDO COM HIV/SIDA

SAAJ	SERVIÇO AMIGO DE ADOLESCENTES E JOVENS
SIDA	SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
SIS	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE
SWAP	ABORDAGEM SECTORIAL AMPLA
SSR	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
VE	SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
TAR	TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL
TIO	TRATAMENTO DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS
UEE	UNIDADE ESPACIAL DE ESTUDO
UEM	UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
INDE	INSTITUTO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
SADC	COMUNIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DA ÁFRICA AUSTRAL
UNFPA	UNITED NATIONS POPULATION FUND
UNICEF	THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND
UP	UNIVERSIDADE PEDAGÓGICA
WLSA	WOMEN AND LAW IN SOUTHERN AFRICA RESEARCH TRUST

Prefácio

Este relatório de investigação surge no âmbito de trabalho da WLSA (Women and Law in Southern Africa), organização criada em 1989, com carácter regional, que engloba sete países da África Austral, nomeadamente: Botswana, Lesoto, Malawi, Moçambique, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe. A sua missão consiste em contribuir para o exercício dos direitos das mulheres, através de acções de: i) pesquisa-acção no contexto da lei, do normativo consuetudinário e da prática social; ii) actividades de *lobby* e de advocacia que visem garantir reformas na lei e mudanças nas políticas que discriminam e limitam as possibilidades das mulheres exercerem os seus direitos de cidadania.

O objectivo mais geral da WLSA é de promover os direitos humanos das mulheres nas suas dimensões legal, política e social, bem como desenvolver capacidades de pesquisa nestas áreas, no seio dos países que integram a organização e no quadro de uma abordagem multidisciplinar. Assim, as suas diferentes oficinas sediadas nos países membros do “*trust*” de investigação desenvolvem um trabalho virado para o estudo dos direitos das mulheres e a partir de uma perspectiva feminista. A primeira fase de trabalho foi sobre o “Direito a Alimentos”, ao que se seguiu um estudo sobre o “Direito Sucessório e Herança”. Na terceira fase realizaram-se estudos relativos aos direitos das mulheres no âmbito da família. Na quarta fase, as pesquisas situaram-se no contexto da administração da justiça (do direito positivo e consuetudinário, formal e informal), destacando-se a temática relativa ao tratamento da violência contra as mulheres por parte da justiça.

No âmbito das linhas de investigação definidas pela WLSA para toda a região e durante as quatro fases acabadas de referir, os resultados do trabalho realizado em Moçambique permitiram-nos encontrar um ou mais sistemas de explicações para o acesso das mulheres aos direitos, quer no que se refere ao conhecimento que ela detém sobre os mesmos, quer ainda quanto à forma como ela os utiliza, nomeadamente no acesso à justiça. Uma apreciação dos resultados na sua

totalidade permite-nos fazer algumas reflexões. Antes de mais, que a socialização normativa-identitária de género que ocorre nos diversos espaços de pertença (reafirmada, interferida, complementada ou desviada pelos modelos referenciais das diversas instituições que intervêm) constitui o ponto de partida e uma constante na construção dos símbolos e representações das normas (formais e informais) que justificam os direitos humanos de homens e mulheres. Desta forma, os seus modelos de conduta têm como base o poder que define as relações hierárquicas de género, expressas como relações de poder. Neste processo, as mulheres são subordinadas a partir do controle da sua sexualidade, e quer a masculinidade quer a feminilidade passam a ser construídas numa base falocêntrica e androcática, uma constante nas representações e práticas das relações entre homens e mulheres nos diferentes contextos sociais.

Por outro lado, para a compreensão dos direitos humanos das mulheres é necessário desconstruir o conceito de “direitos humanos”, percebido como produto normativo de um modelo patriarcal, cuja medida é o homem. Isto significa que é insuficiente explicar os direitos das mulheres através do que é consignado por Lei. Primeiro, porque homens e mulheres não são iguais e, quando se fala de igualdade, o modelo é o homem. Segundo, porque o acesso à justiça e à gestão dos conflitos não pode ser neutral, dependendo do modo como as culturas e os grupos sociais representam o conflito e a gestão desse mesmo conflito, feito de forma justa. Terceiro, porque ainda que o Estado Moçambicano tenha assinado os tratados e instrumentos de direito internacional (Declaração e Plano de Acção de Viena; Convenção de Todos os Actos de Discriminação contra a Mulher; Declaração de Todos os Actos de Violência contra a Mulher; Declaração e Plano de Acção de Cairo; Declaração e Plano de Acção de Beijing) e recentemente o Protocolo à Carta de Banjul sobre os Direitos Humanos da Mulher em África, onde se considera como violação dos direitos humanos qualquer tipo de violência contra as mulheres no âmbito da esfera privada, estes crimes carecem ainda de tipificação na lei local. Em Moçambique, embora se verifique já um progresso na denúncia da violação dos direitos humanos das mulheres e um crescimento da consciência para a discriminação de género no seio da “sociedade civil,” há ainda uma faceta dos direitos humanos a que poderemos chamar a “história nocturna” dos direitos (tomando de empréstimo a linguagem utilizada pelos historiadores da Idade Média), ou seja, a dos direitos sexuais e reprodutivos.

Considerando estes aspectos, o presente tema, “Representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do Sida em Moçambique”, objecto de estudo da V Fase de pesquisa, “Género e HIV/SIDA”, inscreve-se numa estratégia que visa conhecer o modo como se realiza o acesso e o exercício dos direitos humanos das mulheres jovens e os constrangimentos que impedem ou potenciam o alargamento das reivindicações feministas no contexto destes direitos. Por outro lado, tem a ver com o seu alcance a um número cada vez maior de mulheres e particularmente de raparigas, pois, se considerarmos que, para além da hierarquia com base na idade, se acrescenta a hierarquia com base no sexo, elas convertem-se no grupo populacional de maior vulnerabilidade no exercício da sexualidade e, por conseguinte, perante o HIV/SIDA.

Assim, o enfoque da pesquisa em Moçambique salienta dois aspectos. Primeiro, o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos por parte da população jovem mais afectada pela epidemia do Sida, mas também mais portadora de esperanças de mudança. Segundo, o processo de feminização do Sida, que tem sido um revelador privilegiado das desigualdades de género e das hierarquias que retiram às mulheres o controlo sobre os seus próprios corpos, atenta directamente contra um dos direitos fundamentais do ser humano, o direito à vida.

A escolha deste enfoque responde a um imperativo de intervenção a vários níveis. Antes de mais porque é importante uma acção de denúncia que exponha a maneira como o sistema patriarcal, ao negar às mulheres o pleno usufruto dos seus direitos, as torna mais fragilizadas perante a necessidade de se protegerem da epidemia do Sida. Em seguida, porque urge criar condições para a mudança a curto e a médio prazos, procurando não só remediar a situação actual, mas impulsionar a transformação dos valores e do sistema sobre os quais repousam as hierarquias e as desigualdades de género. Para tanto não chega ter os instrumentos legais apropriados, deve-se ir mais além e definir estratégias que passam por intervir na saúde, na educação e ao nível da sensibilização pública.

Este tipo de actuação de denúncia das desigualdades e as estratégias comunicativas para sensibilizar a opinião pública são cada vez mais importantes, sobretudo num contexto em que se assiste a uma culpabilização

das mulheres e das jovens raparigas pela expansão do Sida. Tal como já escrevemos anteriormente:

“Entretanto, apesar das várias iniciativas governamentais, ao nível nacional e provincial, o problema da feminização do Sida e a desigualdade de poder entre os géneros não são sequer abordados. Mesmo com toda a proclamada preocupação com a expansão desta doença, nenhuma intervenção oficial pôs o dedo na ferida, para desvendar uma das razões da sua propagação descontrolada: a estrutura e os valores patriarcais, que valorizam uma masculinidade agressiva e a submissão feminina. Ao invés, nos últimos meses, os órgãos de comunicação social têm passado insistentemente a mensagem, vinda de vários sectores da sociedade, de que as raparigas e as mulheres contribuem para a rápida expansão da epidemia do Sida, por causa da maneira como se vestem. (...)”

Não é a primeira vez e provavelmente nem será a última que, em momentos de crise na sociedade, as pessoas busquem culpados a quem atribuir a responsabilidade, ao mesmo tempo que denunciam a “degradação de valores morais e culturais”. (...) E assim, numa altura em que o Sida mata e afecta cada vez mais as sociedades em Moçambique, encontraram-se as culpadas: as mulheres/raparigas que usam roupas que deixam o corpo à mostra e que, por esta via, provocam os homens e fomentam a prostituição. Desta maneira se assiste à feminização da culpa, depois de já se ter consumado a feminização do Sida. E portanto, mais uma vez, as mulheres passam de vítimas a culpadas dos próprios problemas que as afligem”¹.

O nosso compromisso é, pois, com uma mudança duradoura que desafie as estruturas arcaicas e injustas do sistema patriarcal. Para tanto, a aposta é nos jovens, raparigas e rapazes, mais abertos e mais capazes de aprender a criar um mundo justo e livre, em que ninguém seja discriminado, em que todas e todos tenham a possibilidade de exercer os seus direitos de cidadania.

WLSA Moçambique
Maputo, Dezembro de 2006

¹ WLSA Moçambique, Editorial, *Outras Vozes*, 15, Maio de 2006.

INTRODUÇÃO

Moçambique tem atravessado nos últimos anos variadas transições económicas, políticas e sociais, onde interagem múltiplos e contraditórios factores que contribuem para sucessivos reajustamentos sociais, com impactos profundos nos sistemas de regulação da sociedade. Esta situação leva à ruptura com alguns elementos “tradicionais” e ao reforço de factores de desigualdade entre antigas e novas modalidades, ao mesmo tempo que cria e recria outras normalizações. Foi a partir da análise e compreensão do contexto em que se processa este conjunto de rupturas e continuidades que traçamos o quadro em que se realizou este estudo sobre “As representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do Sida em Moçambique”.

No que respeita aos direitos humanos das mulheres, estas continuam, na maior parte do país, a serem socializadas para servir a reprodução e o trabalho familiar, para serem responsáveis pelos cuidados com crianças e idosos e pelas tarefas domésticas, sendo valorizadas como reprodutoras e provedoras de prazer masculino. Mulheres e homens incorporam nas suas práticas os valores da sociedade patriarcal como “naturalmente” certos e justos. Deste modo, os modelos de educação determinam que a jovem não esteja preparada, quando adulta, para negociar com o parceiro o exercício da sexualidade e a reprodução, já que no normativo costumeiro e religioso, como regra geral, se espera que seja o marido/parceiro, quem “oriente” esse exercício. Neste quadro, as mulheres estão, por um lado, mais vulneráveis à contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (ITS) sem que para isso tenham a oportunidade ou a possibilidade de se precaverem e, por outro lado, não têm direito de escolha sobre o seu corpo, particularmente quando se trata de raparigas que, pela sua idade, têm o acesso ao exercício destes direitos ainda mais precário e limitado.

Segundo indica o relatório da ONUSIDA de Novembro de 2004, a cada dia que passa, o Sida vai assumindo uma face cada vez mais feminina e mais jovem. Os dados apresentados neste relatório revelam-nos que quase metade dos 37.2 milhões de adultos e jovens infectados com HIV/SIDA no mundo são mulheres.

O relatório da ONUSIDA/OMS de 2005 indica um crescimento das tendências gerais na transmissão do HIV, tendo-se registado mais cinco milhões de novas infecções em 2005, revelando que a África subsaariana continua a ser a mais afectada em termos globais – com 64% de novas infecções ocorrendo neste continente (mais de três milhões de pessoas), concentrando-se na faixa etária da gente jovem, especialmente entre as mulheres.

Em Moçambique, tal como em outros países da região austral de África, o crescimento dos níveis de infecção por HIV e por outras ITS tem constituído motivo de preocupação por parte das instituições públicas e das organizações da sociedade civil. No entanto, os programas de combate a esta doença estão longe de alcançar os resultados esperados. Uma avaliação da informação existente mostra que a contaminação pelo HIV atinge principalmente as mulheres jovens (PENCSII, 2004), o que reconfirma os dados referidos pela ONUSIDA para o resto do continente. Devido à sua particular sensibilidade à infecção, por razões biológicas (ONUSIDA, 2004) e sócio-comportamentais, as mulheres são assim consideradas um grupo mais vulnerável à contaminação pelo vírus do Sida. Estudos sobre Moçambique estimam a existência de um número de 500 novas infecções diárias, que atingem sobretudo os grupos de jovens (15-24 anos) (PENCSII, 2004).

Por razões que se prendem com um conjunto de factores que vão desde a influência do modelo cultural tradicional, gerador de preconceitos e tabus face à sexualidade, até à existência de problemas relativos ao acesso das mulheres aos direitos básicos, as questões relacionadas com direitos sexuais e reprodutivos têm sido ocultadas. Existem normativos rígidos, formais e informais, que regulam estes direitos, mas evita-se cuidadosamente debatê-los. Pensamos que estas resistências devem ser compreendidas à luz da importância que eles têm na manutenção da subalternidade das mulheres, na base do controlo dos seus corpos.

Os direitos sexuais e reprodutivos são, pois, um campo onde se desenvolve o cerne da dominação masculina, uma vez que, ao falarmos de direitos sexuais e reprodutivos, estamos a falar também dos direitos das mulheres sobre o seu corpo, incluindo o direito à reprodução, ao prazer e à livre escolha, no contexto da trilogia que constitui a sexualidade. Estas têm assim sido, desde sempre, as

questões centrais da permanência da dominação. Socializadas para serem mães e para darem prazer, as mulheres são valorizadas como reprodutoras e criadoras de prazer masculino, sempre como eternas não-adultas ou meias-adultas, precisando de estar constantemente guiadas por algum homem.

O estudo sobre “As representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do Sida em Moçambique”, inscreve-se numa estratégia que visa conhecer o modo como se realiza o acesso e o exercício dos direitos humanos e os constrangimentos que impedem ou potenciam o alargamento das reivindicações feministas no contexto destes direitos e o seu alastramento a um número cada vez maior de mulheres. O seu objectivo centra-se no estudo das representações e práticas androcêntricas e falocêntricas no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, por parte de homens e mulheres jovens e no seu impacto na saúde sexual e reprodutiva, num contexto de ITS/HIV/SIDA.

Os conceitos de androcentrismo e falocentrismo são essenciais no contexto desta pesquisa. Por androcentrismo entendemos a visão do mundo a partir unicamente da perspectiva masculina. Consiste em tomar o homem como medida de todas as coisas, elevá-lo à categoria de universal, fazer dele uma espécie de modelo que serve para ambos os sexos. Assim, a partir desta visão, o homem converte-se em paradigma do humano e as suas necessidades e experiências são validadas e generalizadas para os indivíduos, homens e mulheres. Este enfoque, por ser unilateral, distorce a realidade e invisibiliza totalmente as mulheres. Pretende que elas não existem ou, pior ainda, só as toma em consideração para aquelas coisas em que elas servem aos homens ou aos seus interesses. É uma das características fundamentais das sociedades patriarcais, onde toda a estrutura social e cultural é androcêntrica e, portanto, todas as instituições criadas socialmente respondem às necessidades sentidas pelos homens ou, quando muito, às necessidades que os homens acreditam que têm as mulheres.

O falocentrismo, quanto a nós, é uma abordagem que naturaliza a identidade masculina hegemónica a partir da percepção simbólica do genital principal do homem, com o intuito de justificar o seu poder. Do ponto de vista da psicanálise freudiana a existência do falo, em contraposição à sua ausência nas mulheres, justifica a dominação masculina e a natural subalternidade feminina. A crítica

do feminismo ao falocentrismo assenta numa abordagem das relações sociais de género, como relações de poder.

Pensamos que dois aspectos merecem maior reflexão: i) porquê estudar a feminização do Sida?; ii) porquê estudar especificamente os jovens?

A feminização do Sida é a designação que se convencionou atribuir ao processo, produto de diversos e simultâneos factores, que tem culminado com um cada vez maior número de mulheres infectadas e que continuam a infectar-se a um ritmo mais acelerado do que os homens na mesma faixa etária. Este processo, como vimos, não pode ser explicado simplesmente pela vulnerabilidade biológica das mulheres (maior risco físico de exposição ao vírus do HIV), e deve ir buscar as suas raízes às vulnerabilidades sociais, aos constrangimentos sociais que as colocam em maior risco de contrair o HIV. É esta realidade que temos que interrogar de modo a podermos apreender as lógicas profundas que estão subjacentes.

Quanto a nós, consideramos que os comportamentos e as decisões que homens e mulheres tomam em relação à sua vida sexual são condicionados pela estrutura de poder que configura as relações de género, reflectindo claramente as desigualdades. O domínio da sexualidade é mais do que o registo de simples pulsões biológicas. Ele só pode ser lido como um testemunho das forças que socialmente convergem para a conformar e é o produto de inúmeras e complexas relações de poder, mesmo que se continue a cultivar a ideia de que o desejo sexual, o erótico e o sensual resultam de instintos naturais. Esta imagem tem por finalidade ocultar que o domínio da sexualidade, tal como outros domínios do social, é fortemente modelado pelas estruturas e desigualdades de poder. Assim, é nossa intenção estudar o fenómeno da feminização do Sida, insistindo na maneira como se constroem e se desenvolvem as identidades sexuais de rapazes e de raparigas e nas representações e práticas da sexualidade entre os jovens, considerando os contextos específicos em que esses processos se desenrolam. Só assim se poderá revelar a maneira como a maior vulnerabilidade das mulheres é o resultado de um sistema que as subordina e lhes retira o poder de decidir sobre os seus próprios corpos.

O segundo aspecto, o de porquê estudar especificamente os jovens, tem uma justificação ligada à necessidade de conhecimento e outra justificação relacionada com a acção, uma vez que a intervenção no sentido da defesa da igualdade de género é sempre central às pesquisas da WLSA. De conhecimento porque, como dissemos, para tratar a feminização do Sida e a sexualidade devemos estudar antes de mais a maneira como se constroem algumas componentes das identidades sexuais dos jovens, relacionadas com as ITS/HIV/SIDA. De acção porque defendemos que mudanças de comportamento portadoras de maior igualdade de género e justiça, de tão profundas, só serão efectivas através da educação e da sensibilização dos jovens. Tendo-se revelado tão difícil desafiar os valores e as crenças arraigadas de mulheres e de homens adultos sobre os lugares respectivos de cada sexo na sociedade, a nossa esperança concentra-se, sobretudo, na geração mais nova, portadora de novas energias e pronta a acreditar que são possíveis outras maneiras de estar no mundo.

As estratégias de acção no âmbito do activismo em defesa dos direitos humanos das mulheres devem também considerar dois aspectos importantes relacionados com a maneira como, ao nível da sociedade, se perspectiva o problema da expansão do Sida. Por um lado, embora o processo de feminização do Sida seja facilmente demonstrável pela análise dos dados disponíveis sobre a taxa de novas contaminações, ao nível do debate público e nos discursos oficiais das instituições responsáveis continua-se persistentemente a recusar tomar em conta que a maior vulnerabilidade das mulheres à epidemia é o resultado de constrangimentos sociais. Por outro lado, o debate popular e veiculado copiosamente pelos órgãos de comunicação social, públicos e privados, vai no sentido de responsabilizar as jovens raparigas pela rápida expansão da contaminação pelo HIV, devido ao vestuário que usam. A este propósito, a WLSA Moçambique, através da rede de organizações de que faz parte, tomou um posicionamento público denunciando esta tentativa de “feminização da culpa”².

² Ver comunicado do Fórum Mulher, “Não é controlando o vestuário das mulheres que se pode travar a epidemia do Sida”, reproduzido no *Outras Vozes*, 14, Fevereiro de 2006.

Considerando estes aspectos, ao longo do trabalho de pesquisa tentámos fazer uma aproximação ao conhecimento sobre os mecanismos que levam à construção social dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, particularmente junto às jovens, que podem, em parte, explicar a ineficácia das acções de controlo de doenças de transmissão sexual e da pandemia do HIV/SIDA. Neste processo, tomámos em conta também algumas componentes relativamente à construção da juventude, de modo a captar a sua diversidade, como estar dentro ou fora da escola, viver na área urbana ou rural, entre outros.

Considerando este contexto, os objectivos específicos deste estudo são os seguintes:

- Reconhecer algumas componentes que intervêm na construção da identidade sexual das/os jovens e que se relacionam com as ITS/HIV/SIDA;
- Observar as condições de mudança na concepção e práticas da sexualidade face ao HIV/SIDA;
- Comparar as representações e práticas da sexualidade e reprodução entre jovens dentro e fora da escola, vivendo nas áreas rurais e urbanas;
- Examinar os direitos sexuais e reprodutivos expressos na lei e nas políticas públicas, na sua relação com os direitos humanos das mulheres, expressos nos instrumentos internacionais de carácter legal vinculativo e os do consenso, assinados por Moçambique.

Na elaboração do presente relatório participaram todas as investigadoras, estando devidamente assinalada a autoria de cada um dos capítulos.

O relatório de pesquisa está estruturado da seguinte maneira:

I – “Metodologia”, onde discutimos os modelos teóricos que orientaram a pesquisa e as opções metodológicas que tivemos que fazer ao longo das diferentes etapas.

II – “Os direitos sexuais e reprodutivos e as políticas públicas”, onde revisitamos a situação dos direitos humanos e da cidadania das mulheres e jovens, no campo das políticas públicas e das leis de carácter nacional e internacional.

III – “Percepção e prática da sexualidade na era do Sida”, partindo das categorias previamente definidas para a sexualidade e para o Sida, no que diz respeito à formação de saberes, sistema de poderes e as formas como os indivíduos podem e devem reconhecer-se como sujeitos produto de saberes controlados pelas normas de poder, e os estudos de caso realizados no Sul e Centro de Moçambique, este capítulo tenta desenhar as representações e práticas sobre a sexualidade entre os jovens, na era do Sida.

IV – “Direitos sexuais e reprodutivos e feminização do Sida”, versa sobre os resultados da pesquisa, junto ao grupo-alvo, das diferentes unidades espaciais de estudo e as suas respectivas unidades de observação, referente aos direitos sexuais e reprodutivos e relações de poder, à gravidez e aborto seguro, à violência sexual e educação sexual para jovens.

V – “Estudantes Universitários: o exercício da sexualidade, num contexto de HIV/SIDA”, tem por objectivo confrontar a variável educação e o seu significado na prevenção do HIV/SIDA entre os/as jovens universitários/as.

VI - Conclusões: As construções do feminino e do masculino e os direitos sexuais e reprodutivos na era do Sida

Na Bibliografia organizamos as obras em dois subcapítulos, conforme se trate de documentação de base e de relatórios ou publicações.

CAPÍTULO I - Metodologia

Os objectivos da pesquisa foram enquadrados de acordo com várias premissas. Em primeiro lugar, consideramos que a construção da identidade sexual dos jovens se orienta e se configura a partir das normas que regem os diferentes espaços de pertença (família, comunidade, escola, igreja, entre outros) e que estruturam as masculinidades e as feminilidades. Em seguida, tomamos em linha de conta que a extensão do HIV/SIDA contribuiu para que os debates em torno da sexualidade saíssem de um campo mais restrito e se tivessem tornado relativamente mais públicos, reportados e falados nos media e discutidos em outros fóruns colectivos. Em terceiro lugar, a manutenção do modelo hierárquico das relações de género, onde a regulação do corpo feminino exprime a dominação e o controle de uma dimensão da subalternidade feminina, coloca em risco de doença e morte as raparigas (em primeira instância) e os rapazes, dentro e fora da escola. Finalmente, a ideologia e a cultura falocêntricas representadas nas normas, na lei, nas instituições e na prática, condicionam e limitam o exercício dos direitos humanos (especificamente os direitos sexuais e reprodutivos) por parte das mulheres, com repercussões para a sua saúde sexual e reprodutiva.

1. Campo de análise e modelo teórico de pesquisa

O campo de análise teve como categorias orientadoras:

- As representações da sexualidade, no que se refere à aprendizagem, aos ritos e actores envolvidos na educação e informação da sexualidade. Nesta categoria pretende-se descrever como e por quem é feita a educação sexual e de que forma essa informação é exposta pelo discurso dos/as jovens;
- As práticas da sexualidade, no que se refere ao início da vida sexual e ao exercício da sexualidade. Nesta categoria pretende-se conhecer a relação entre representações e práticas sexuais, comparando o controlo do exercício da sexualidade pelos jovens rapazes e raparigas;

- O conhecimento sobre o HIV/SIDA. Pretende-se identificar os factores que intervêm na apropriação do conhecimento e as suas dimensões sobre a doença, nomeadamente a prevenção e a transmissão.

A partir destas categorias, a construção do objecto de pesquisa colocou-nos, à partida, dois problemas. O primeiro, relacionado com a construção teórica do tema, e na sequência deste, as opções a tomar em termos metodológicos face à realidade concreta de Moçambique, uma vez que, embora se tratasse de um estudo de caso, o mesmo se inseria no contexto de um programa regional de pesquisa da WLSA.

O conceito de “feminização” (seja da pobreza, seja da doença) implica à partida que se assuma uma posição não neutral relativamente aos direitos humanos. Isto significa que a vulnerabilidade das mulheres às infecções sexualmente transmissíveis (ITS), só pode ser compreendida num contexto de desigualdade das relações sociais de género. A situação agudiza-se principalmente quando se trata de raparigas, onde para além das razões ligadas à sua vulnerabilidade, anteriormente referidas, se acrescem as derivadas das hierarquias com base na idade³ que dominam os normativos das diferentes instituições que orientam o “dever ser” da gente jovem.

Esta desigualdade, que vem sendo sistematicamente constatada ao longo da pesquisa realizada sobre as várias dimensões dos direitos humanos das mulheres, remete-nos para três questões centrais: i) uma primeira que se refere ao modo como a Lei e as políticas públicas suportam e justificam um tratamento desigual para mulheres e homens; ii) uma segunda que tem a ver, por um lado, com as concepções que invisibilizam as mulheres jovens a partir de uma perspectiva claramente androcêntrica, incluindo-as no genérico de

³ Alguns estudos avançam com o conceito de “adultocentrismo”, entendido como “a cultura que se tem vindo a construir e a reproduzir por muito tempo na nossa sociedade, na qual se colocam alguns indivíduos em posição de superioridade em relação a outros, só pelo facto de terem certa idade ou exercerem certos papéis sociais (trabalhar, estar casado, votar, etc.). Numa cultura adultocêntrica, as pessoas adultas, que são tomadas como modelo, estão numa situação dominante com respeito às restantes (...) pois o poder e muitos recursos relacionados com a condução da vida social estão centrados nas pessoas adultas. O facto de serem elas quem detém a autoridade para decidir sobre as vidas dos que não são ainda adultos, nega-lhes e limita a possibilidade de protagonismo, expressão, decisão e colocação de outros modelos para viver e ser” (REDLAC, 2005).

“jovens” e “não tomando em conta as suas especificidades e a diversidade de condições nas quais vivem” (Alpízar & Bernal, 2005) e, por outro, a sua desvalorização como sujeitos sociais, sendo apenas tidas em conta quando são referidas aos seus papéis regulamentados tradicionalmente pelo facto de serem mulheres; iii) a terceira questão está ligada à construção social de representações diferenciadas dos direitos humanos. Quer dizer que, embora entendidas como pertencendo a campos diversos, o direito e as estratégias políticas são influenciadas e influenciam, simultaneamente, as imagens que a sociedade tem do que são os direitos dos homens e os direitos das mulheres.

Pelas razões mencionadas, neste estudo mantemos uma visão multidisciplinar sobre os direitos humanos das mulheres e, neste caso particular, sobre os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres (particularmente das jovens) e a sua íntima relação com a exposição às ITS/HIV/SIDA. A conexão que se estabelece entre os direitos sexuais e reprodutivos e a contaminação por infecções de transmissão sexual e principalmente do vírus do Sida pode ser associada à ideia de que qualquer domínio da vida depende da socialização e da aprendizagem de regras sociais que lhe conferem legitimidade, e, neste caso, do exercício da sexualidade. Sublinhe-se, no entanto, que os aspectos acabados de referir assumem uma forma ainda mais grave se considerarmos o facto de as mulheres apresentarem uma maior vulnerabilidade do ponto de vista biológico em relação aos homens, como já referido.

O segundo conjunto de problemas referentes à construção do objecto de estudo relaciona-se com a realidade concreta do país, ou seja, por um lado, com as estratégias e políticas públicas de combate ao HIV/SIDA e nestas com a perspectiva de género⁴ (ou não) que as estrutura. Por outro lado, tem a ver com o modelo social que intervém no modo como se constroem as respostas sociais às políticas, que nos levaram a uma reflexão prévia sobre a situação de combate ao HIV/SIDA em Moçambique em termos de estratégia política nacional e em termos de abrangência de diferentes contextos populacionais e grupos-alvo. Em

⁴ Mas sobretudo na observação sobre como é concebida esta perspectiva, em termos de entender a categoria género como sinónimo de mulher – e tudo o que isso implica na representação identitária patriarcal de mulher – e do sexo feminino, ou como categoria da teoria feminista que o concebe como a relação social entre homens e mulheres, mostrando as desigualdades nesta relação, e não dentro da visão dualista perspectivada por algumas feministas.

função dos resultados de outros estudos (veja bibliografia), reconfirmados pelo estudo-piloto deste mesmo projecto, procuramos conhecer não apenas as políticas e as acções de intervenção do Estado, mas, principalmente, o modo como o HIV/SIDA como doença sexualmente transmissível está fortemente relacionado com os direitos sexuais e reprodutivos. Ou seja, com as representações e as práticas que, em relação ao corpo, são tidas como socialmente legítimas.

O estudo da sexualidade permite compreender não apenas o normativo social e as formas como foi apropriado (e portanto o suporte das causas da reacção social às acções de combate à doença) mas também, e fundamentalmente, a compreensão (em última análise) do modo como as relações sociais de género são construídas. Isto significa que, quando falamos e privilegiamos na nossa análise o conhecimento das práticas e das representações da sexualidade feminina e masculina, estamos a privilegiar direitos humanos e direitos humanos primordiais: o direito ao controlo do seu corpo, de cada uma e de cada um. O conhecimento da identidade sexual de mulheres e homens é, neste contexto, a chave que pode permitir saber quais os elementos que, interferindo no exercício da sexualidade, a podem configurar. Como verificaremos ainda ao longo deste relatório, a escolha como grupo-alvo de jovens dentro e fora da escola, foi orientada pela convicção de que só uma análise comparativa entre rapazes e raparigas em contextos diferenciados e em grupos etários pré-determinados nos permite uma aproximação mais objectiva ao problema. Acresce ainda que a escolha das/os jovens como grupo-alvo nos remete frequentemente a uma figura que temos vindo a referir ao longo deste relatório: o SIDA em Moçambique tem um rosto jovem e de mulher.

2. Conceitos e abordagens

O estudo sobre a construção da sexualidade entre os jovens e a feminização do Sida em Moçambique enquadra-se numa perspectiva feminista, entendida teoricamente como o conjunto conceptual e de construções teóricas que nos permite observar as premissas da realidade para explicar a discriminação e a subalternidade das mulheres. A própria visão dos direitos humanos, incluída em

qualquer corrente do feminismo é reconstruída, uma vez que agora o conceito de igualdade se desvincula da visão androcêntrica, que indica o homem como modelo universal desta igualdade.

Incorporamos ainda a esta perspectiva o quadro analítico das relações de poder, inclusas em qualquer relação social, que nos explicam que a subordinação das mulheres deriva do modelo androcrático e patriarcal sustentado no poder dos homens e organizado na acção social a partir da esfera privada onde rege o poder do patriarca, até ao espaço público, onde por extensão o poder é adjudicado a qualquer homem, pelo simples facto de o ser. Por outras palavras, é a teoria feminista, incorporando a teoria do poder, que nos permite identificar os mecanismos sociais através dos quais tem lugar a desigualdade entre homens e mulheres, cujo resultado é a subalternidade destas, superando a dicotomia público-privado⁵.

Dois conceitos da teoria feminista desenvolvidos a partir do marco conceptual do poder, explicam a subalternidade das mulheres. Por um lado, entende-se o conceito de género ou o sistema sexo-género (relações sociais de género) como a construção social da diferença entre homens e mulheres, negando a tradução causal das diferenças anatómicas em naturezas sociais. O feminino e o masculino são categorias sociais, e a perspectiva de género convida a investigar sobre como se constroem e como operam organizacionalmente estas definições⁶. É ainda importante considerar que género (as relações sociais de género, como se deve entender em língua portuguesa) é um princípio organizativo fundamental da vida social e da consciência humana e que “não há esfera ou nível da vida humana e social que não seja susceptível de uma análise de género” (Alberdi, 1999: 11). O patriarcado, por outro lado, é o conceito que demonstra que a construção social das diferenças biológicas está relacionada com a hierarquização e as relações de dominação entre homens e mulheres. Hierarquização essa que é a característica principal da sociedade patriarcal. O conceito de modelo androcrático é utilizado indistintamente com o de

⁵ Veja debate em WLSA Moçambique, 1999, *Famílias em Contexto de mudança*. Maputo: WLSA Moçambique.

⁶ Parafraseando Raine Eisler, é importante sublinhar que o feminino e o masculino correspondem aos estereótipos sexuais construídos socialmente para uma sociedade dominadora, onde o masculino se iguala ao domínio e à conquista, e o feminino à passividade e à submissão (Eisler, 1998: 165).

patriarcado, com o intuito de sublinhar alternativas de reconstrução para uma sociedade solidária (Eisler, 1991).

Para completar o nosso quadro conceptual incorporamos o conceito de sexismo, exercido nas suas variadas formas e níveis de manifestação, para entender com maior rigor e profundidade as percepções e práticas nas relações de poder, que resultam na limitação de direitos por parte das mulheres. Por sexismo consideramos o conjunto de valores legitimadores da superioridade sexual. É a crença – fundamentada numa série de mitos e mistificações – que declara a superioridade do sexo masculino e que resulta numa série de privilégios para esse sexo que se considera superior. Estes privilégios aparecem como fazendo parte da ordem natural das coisas.

Um outro instrumento analítico que consideramos importante incluir é a transversalidade, que nos permite entender as maneiras como, no contexto das relações de género, se cruzam outras identidades e como estes cruzamentos contribuem para experiências únicas (e generalizadas por sua vez) de opressão e privilégio. A análise transversal tem como objectivo revelar as variadas identidades, expor os diferentes tipos de discriminação e as desvantagens advenientes da combinação de identidades (AWID, 2004). Sublinhe-se que a concepção de identidade é, nas suas raízes, uma visão do mundo que parte da concepção arquetípica de um ser humano que deve responder a essas perspectivas de mundo, onde o nós – outros, só tem significado quando se dá a possibilidade de ser reconhecida como tal, “pelos outros” (Hurtado & Martin, 2003).

Da sexualidade, dos direitos e do HIV/SIDA

A sexualidade é um conceito que não se limita ao comportamento sexual, sendo um conceito dinâmico e multidimensional. Refere-se a regras explícitas ou implícitas impostas pela sociedade, relacionadas com as relações sociais de género, idade, status económico, grupo social e outros, que influenciam o comportamento sexual de cada indivíduo. A sexualidade humana deve ser identificada como o eixo central das identidades de homens e mulheres e dos conteúdos e formas que assumem as relações de género. Neste sentido, Cazes (2003), afirma: “O conjunto de condições e situações genéricas e vitais, na sua

maioria involuntárias e inconscientes, que forjam a vida dos géneros e dos particulares, constituem a sexualidade humana”. Na sua dimensão cultural, a sexualidade representa a expressão concreta e subjectiva da vida humana que se converte em elemento estrutural/estruturante e inclusivo do desenvolvimento social e individual. Como parte substantiva do ethos, cada sociedade “concebe, norma, legitima e legaliza a sexualidade das pessoas, e cria assim concepções e práticas hegemónicas de vida” (Cazes, 2003).

Ao referirmos a sexualidade podemos compreender os quatro P’s do seu conteúdo: práticas, parceiros, prazer/pressão e procriação. Mais ainda, um quinto P: poder (Gupta, 2000). O poder em qualquer interacção sexual determina como os outros P’s poderão ser experimentados. O poder determina quem tem a prioridade no prazer e quando, como e com quem a relação sexual vai ter lugar. As desigualdades de poder nas relações sociais de género que favorecem os homens traduzem-se numa desigualdade nas relações heterossexuais, nas quais o prazer dos homens tem a legitimidade que lhe é dada pela iniciativa e pelo controle das relações sexuais.

Sublinhe-se que, para entender o comportamento sexual de um indivíduo – mulher ou homem, é preciso perceber que as relações sociais de género e a sexualidade são construídas por uma complexa inter-relação de forças sociais, económicas e culturais que determinam a adjudicação, e por vezes a distribuição, de poder das mesmas. Assim, a desigualdade de poder entre mulheres e homens nas relações sociais de género, restringe a autonomia do exercício da sexualidade pelas mulheres e expande a liberdade sexual dos homens, contribuindo deste modo para aumentar a vulnerabilidade de mulheres e homens ao HIV. Situação esta que se torna ainda mais sensível dentro do nosso grupo-alvo, os/as jovens, onde a idade influencia a “capacidade” de exercício de direitos por parte das raparigas (sobretudo perante homens mais velhos) e intensifica a confirmação da identidade de dominação por parte dos rapazes. No último caso, com o intuito de se mostrarem homens verdadeiros, para si próprios e para o demonstrarem aos outros, garantido o seu futuro como adultos. Desagregando o que foi afirmado anteriormente, podemos identificar as fragilidades e vulnerabilidades particulares concernentes aos jovens de ambos os sexos, perante o HIV/SIDA, no exercício da sexualidade.

Factores associados à vulnerabilidade das mulheres e raparigas ao HIV

Na maior parte das sociedades, há uma cultura de silêncio em redor da sexualidade, que dita a norma de que as “boas” mulheres devem ser ignorantes sobre sexo e passivas nas interações sexuais. Isto dificulta que estas se informem sobre como reduzir o risco da infecção. Ou, mesmo quando informadas, dificulta-lhes a tomada da iniciativa para negociar o “sexo seguro”. Assim, a existência da “tradicional” norma da virgindade para raparigas não casadas, paradoxalmente, aumenta o risco de infecção das raparigas porque limita as suas habilidades de procurar informar-se sobre a sexualidade, para além do medo de que venham a pensar que “ela já faz sexo”. Em função das fortes normas de virgindade e da cultura do silêncio que giram em torno da sexualidade, a visita a serviços de saúde para tratamento de infeções de transmissão sexual - ITS, pode ser altamente estigmatizante para as mulheres, ainda que os serviços oferecidos pelo GATV - Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária, sejam mais frequentados por mulheres do que por homens, assunto que retomaremos mais à frente.

Considerando o aspecto económico, vários estudos (INE, 2001; PSIJeiO, 2001, 2002, 2003; Osório & Arthur, 2002, entre outros) demonstram que a dependência económica aumenta a vulnerabilidade das mulheres ao HIV, particularmente das mais jovens (sexo por dinheiro, menos poder de negociar sexo seguro, diminuição da percepção de risco). Para as jovens raparigas, a estes elementos socioeconómicos de vulnerabilidade das mulheres perante o HIV, assim como os biológicos, característicos para todas as mulheres, acresce-se ainda a imaturidade da mucosa vaginal, que aumenta o risco de infecção (Sánchez & Rodríguez, 2000: 68).

Finalmente, a expressão mais perturbadora de poder masculino, a violência contra as mulheres, contribui directa e indirectamente para a sua vulnerabilidade ao HIV. As pesquisas realizadas sobre este tema demonstram que entre 16 a 50% das mulheres em várias partes do mundo referem o abuso sexual por um parceiro íntimo (OMS, 2004), em inúmeros casos, por uma pessoa muito próxima delas. Em Moçambique, os estudos gerais realizados (INE, 2001) indicam que aproximadamente 10% das jovens (de 15 a 24 anos) consultadas declararam ter sofrido este tipo de violência. A violência física – ou a sua simples ameaça – ou até o medo do abandono, são verdadeiras barreiras

para as mulheres, e particularmente para as mais jovens, que queiram negociar o uso do preservativo, discutir a fidelidade com o parceiro ou interromper relações, quando se apercebem que correm riscos.

Como as relações desiguais de género aumentam a vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV

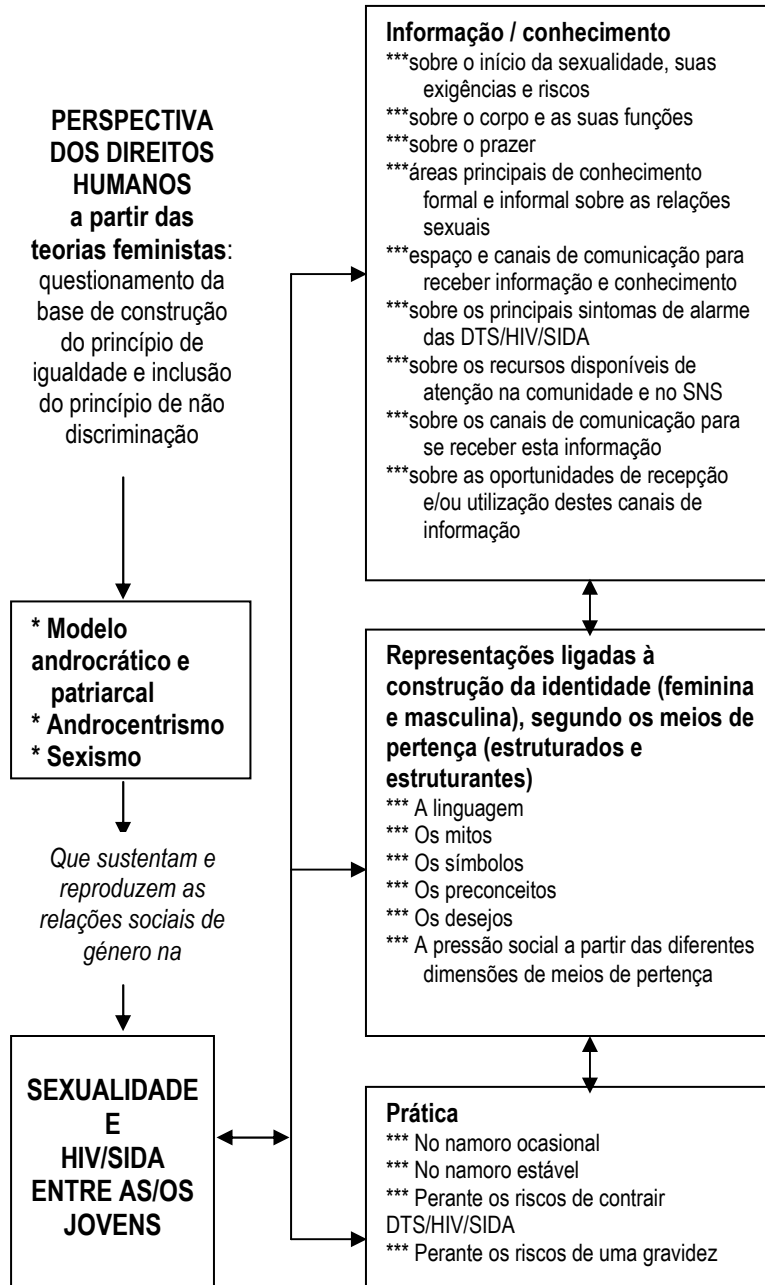
As normas sociais existentes sobre masculinidade, que exigem que os homens sejam mais conhecedores e experientes perante a sexualidade, colocam-nos – particularmente aos jovens – em risco de infecção porque não lhes permitem buscar informação ou admitir a sua ignorância sobre o exercício de relações sexuais ou protecção das mesmas. A isto se acresce o facto de que os homens são socializados para serem auto-suficientes, não mostrar emoções e não procurar assistência em caso de necessidade ou *stress*. “Os homens não choram”, por exemplo. Um homem deve ser capaz de demonstrar constantemente que tem poder, que é forte e que não é homossexual. Ou seja, a suposta “invulnerabilidade” encoraja os homens a negar o risco, expondo-os a uma potencial infecção (Gupta, 2000).

Por outro lado, a variedade de parceiras é considerada parte da natureza masculina. A busca de múltiplas relações para satisfação sexual é um desafio às mensagens preventivas que apelam para a fidelidade ou para a redução do número de parceiras, e que não têm em conta a subjectividade dos homens: “o masculino constitui-se à volta da assunção de riscos, sendo chave o conceito de ‘assumir riscos’, o que explica que, para os homens, a tomada de precauções não é um padrão que se associe à masculinidade. Se isto por um lado transcende a sua conduta sexual, por outro lado vem acrescido do risco de ser infectado com o HIV” (Sánchez & Rodríguez, 2000: 69) e infectar as suas parceiras.

Em suma, as fragilidades acabadas de apontar reforçam a ideia da existência de uma inter-relação entre as práticas do exercício da sexualidade e os riscos de infecção por doenças de transmissão sexual e pelo HIV, que colocam particularmente as mulheres em posição de grande vulnerabilidade.

A partir do exposto anteriormente, poderemos observar de forma relacional e sumariada as diversas categorias em jogo no processo de pesquisa, como se segue:

Esquema de orientador da pesquisa



Este esquema analítico foi utilizado como guia nos instrumentos de recolha de informação e na discussão e apresentação dos resultados de investigação relativamente aos tópicos de sexualidade e reprodução, conhecimento e cuidado do corpo, percepção, conhecimento e prática sobre o HIV/SIDA e direitos sexuais e reprodutivos do indivíduo e do outro (entre os/as jovens). Passemos então a uma discussão mais detalhada.

A “perspectiva dos direitos humanos a partir das teorias feministas” é a base que nos ajuda a pensar/analisar o princípio de igualdade, recusando a “norma” do masculino como modelo/meta a atingir e desvendando as lógicas de produção e de reprodução da desigualdade de género. Fazendo a articulação com a abordagem do “human rights based approach” (HRBA), é de salientar os seus cinco princípios de base para garantir o pleno gozo dos direitos humanos para todas e todos: a aplicação do quadro internacional dos direitos humanos, o empoderamento, a participação, a não discriminação e a priorização dos grupos vulneráveis, e a transparência.

Esta abordagem é importante para nos ajudar a identificar os contornos específicos que assumem, nos locais de estudo e nos contextos actuais, o modelo andocrático e patriarcal, o androcentrismo e o sexismo. Por um lado, como é que influenciam/configuram as relações de género e que equilíbrio de forças está presente. Por outro lado, que valores e que crenças suportam a desigualdade, ou seja, como é que ideologicamente o sistema se justifica.

A maneira como se constrói a sexualidade está estreitamente relacionada com este contexto. Um outro questionamento será, numa era do HIV/SIDA, que factores interferem na conformação das identidades sexuais dos jovens e como é que se articulam com os antigos e novos normativos que regulam as condutas sexuais de mulheres e de homens. Para aprofundar esta abordagem, como o esquema orientador mostra, trabalhou-se a três níveis: i) Informação/conhecimento; ii) Representações ligadas à construção da identidade (feminina e masculina, segundo os meios de pertença (estruturados e estruturantes); iii) Práticas.

De modo a tornar mais operacional esta abordagem, organizámos um delineamento analítico, priorizando três conjuntos de conceitos relacionados

funcionalmente entre si (como se vê no esquema orientador), no contexto das relações de poder que se estabelecem entre homens e mulheres, referentes ao: HIV/SIDA (grupo de risco, vulnerabilidade à infecção pelo vírus); sexualidade (modelo andocrático/patriarcal e sexismo), e exercício dos direitos (conceitos de igualdade, não discriminação e diferenças entre possibilidades e necessidades, entre homens e mulheres), expressos na representação gráfica que se segue:

A sexualidade e as suas categorias		Conceitos funcionais
Sexualidade: conhecimento	→	Formação de saberes
Sexualidade: práticas	→	Sistema de poderes que regula/m as práticas
Sexualidade: identidade	→	As formas como os indivíduos podem e devem reconhecer-se como sujeitos produto de saberes controlados pelas normas dos poderes

O Sida e as suas categorias		Conceitos funcionais
HIV/SIDA: conhecimento	→	Formação de saberes
HIV/SIDA, sexualidade e práticas	→	Sistema de poderes que regula/m as práticas
HIV/SIDA, sexualidade e Identidade	→	As formas como os indivíduos podem e devem reconhecer-se como sujeitos produto de saberes controlados pelas normas dos poderes

Uma leitura desta mesma representação gráfica, permite-nos ainda observar a relação entre estes três conjuntos de conceitos e as categorias seleccionadas, visualizadas numa perspectiva de direitos humanos, a partir das teorias feministas que questionam a base de construção do princípio de igualdade e inclusão e do princípio de não discriminação. Partindo ainda desta mesma representação gráfica, é possível procurar estabelecer uma relação entre informação/conhecimento e práticas da sexualidade na era do Sida, em função das representações ligadas à construção de identidades masculinas e femininas.

3. Grupo-alvo

Ao seleccionar os jovens como grupo-alvo, considerou-se que eles são os informadores privilegiados para um estudo cujo objecto incide sobre as construções e representações relativas à sexualidade, mas também a sua importância estratégica para programas de acção que visem a transformação de mudanças e de atitudes e que tomem como referência um marco de direitos humanos com enfoque de género. Antes de mais, a análise dos dados indica que a prevalência do HIV está a aumentar entre os mais jovens, ao mesmo tempo que se reconhece que a sexualidade, como parte dos processos de desenvolvimento próprios da adolescência, faz aumentar o risco de contágio por ITS. Para além disso, é na adolescência que se começam a consolidar atitudes e comportamentos que, na idade adulta, serão mais difíceis de desafiar e de abalar nas suas fundações.

Sublinhe-se ainda que a escolha do grupo-alvo tendo como enfoque a população jovem, também obedeceu ao peso que esta tem dentro da população total do país (acima de 60%: 0 a 24 anos de idade) e o facto da população compreendida entre os 15 a 24 anos de idade representar a quinta parte da população do país, como se pode observar na informação que se segue.

Tabela 1 - Evolução da população por idade e sexo, 1997 – 2005 – 2015

Anos	População total	Porcentagem da população por grupos de idade seleccionados e sexo					
		0 – 24			15 – 24		
		P.total	Homens	Mulheres	P.total	Homens	Mulheres
1997	16 075 708 (100)	64.4	66.2	64.4	19.7	19.3	20.0
2005	19 420 036 (100)	63.7	66.3	61.2	20.0	20.7	19.4

Fonte: INE, 2004b. Projecções da população total 1997-2020 e por área de residência (Actualização). Série: Estudos Nº 1, Maputo, 2ª Edição. Pp.19-27 e 37

Para trabalhar com jovens torna-se necessário discutir o conceito de “jovem”, uma vez que quer os critérios nacionais quer os internacionais sobre quem

considerar dentro deste grupo são utilizados de formas diferentes pelas diversas instituições e muitas vezes tratados de maneira indiferenciada e, portanto, sem que haja uma distinção entre o grupo de adolescentes e o dos jovens.

Alguns estudos situam os jovens nas idades compreendidas entre os 10 e 24 anos, o que inclui os púberes, adolescentes e jovens (nas idades de 10 a 19 anos) e os adultos jovens (de 20 a 24 anos) (PRB, 2001). Particularmente, a OMS define adolescência como o período da vida a partir do qual surgem características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre os quais a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Considera-se como adolescência o período de 10 a 20 anos, e distingue-se adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (de 15 a 20 anos). Para outros, os jovens são compreendidos dentro da faixa etária dos 15 aos 24 anos. E, em grande parte deles, trata-se o adolescente como jovem, e vice-versa, conservando similar critério de idade, mas sem deixar esclarecido o porquê desta dupla nomeação, uma vez que a adolescência está associada a um período do ciclo vital que marca a passagem da fase de ser criança à fase de ser adulto, com um exercício da sexualidade que permite a procriação (que é diferente para as jovens e para os jovens). É importante sublinhar que esta situação tem variadas consequências dentro da prevenção do Sida versus educação sexual e igualmente versus direito a receber esta educação por parte dos/as jovens. Estas considerações realizam-se sobretudo, por um lado, dentro de uma concepção de homogeneidade generalizadora existente sobre a juventude, que, enquadrada numa dimensão sociodemográfica, invisibiliza a diversidade entre os/as jovens e as diferenças de situações e condições de vida entre as e os jovens; e por outro, os critérios empregados para apreciar os/as jovens, que são legitimados a partir do mundo adulto.

No caso de Moçambique, os critérios para definir os jovens não são necessariamente os mesmos, variando de instituição para instituição, para além de não corresponderem aos adoptados pelas agências das Nações Unidas. É assim, por exemplo, que o Ministério da Juventude e Desportos, na sua Política Nacional de Juventude (ainda em fase de elaboração na altura em que se realizou este estudo), define como jovem o grupo populacional que se situa na faixa etária entre 15 e 35 anos de idade, sem que no entanto se refira aos

adolescentes. O Ministério da Educação, por sua vez, reconhecendo estas diferenças, optou por enquadrar no grupo de jovens todos os indivíduos com idades compreendidas entre 10 e 24 anos (Ministério da Educação, 2004). Ao mesmo tempo, do ponto de vista legal, existem diferenças relativamente à escala etária em que se considera um indivíduo como adulto. É assim que a idade de 18 anos é tida como válida para o exercício do direito de voto, ou seja, para eleger e ser eleito e para contrair matrimónio, segundo a Lei de Família recentemente aprovada (2004). No entanto, apenas aos 21 anos é o cidadão emancipado (mulher ou homem), o que acaba por entrar em contradição com a Convenção sobre os Direitos da Criança, vinculada à lei local (BR, 20/10/90), que considera crianças os indivíduos até à idade de 18 anos.

Tomando em conta os aspectos acabados de referir e o grupo etário de maior risco de contaminação por doenças de transmissão sexual e especificamente por HIV/SIDA, o nosso grupo-alvo foi constituído por jovens de ambos os sexos. A sua selecção teve em conta não só a idade (15-24 anos) como também a escolaridade e sector social de pertença (dentro e fora da escola, e na escola a pertença à escola pública ou privada, e localização nas áreas rural e urbana). Como grupo de referência foram seleccionados estudantes universitários com idades até aos 24 anos, em instituições de ensino superior públicas ou privadas. A selecção dos universitários foi feita com o intuito de verificar a percepção e práticas da sexualidade e conhecimento do HIV/SIDA dentro de um grupo situado na mesma faixa etária, mas factível de ser detentor de uma maior informação, que eventualmente lhes poderia permitir mudanças na prática da sexualidade, pelo menos a nível de prevenção perante as ITS e o HIV.

Para além do grupo-alvo, trabalhou-se também com informadores-chave identificados entre líderes de instituições públicas ou privadas e organizações que trabalham na área de saúde sexual e reprodutiva e educação de jovens, do nível nacional ao posto administrativo, directores e professores de escolas, profissionais de saúde ligados aos SAAJ – Serviço de Aconselhamento de Adolescentes e Jovens, saúde na comunidade, GATV's – Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária, e responsáveis pelos “cantos de aconselhamento” (vulgarmente conhecidos apenas por “cantos”/“cantinhos”), das escolas e da comunidade.

4. Instrumentos de observação e caracterização da amostra

O nosso objecto de estudo levou-nos a privilegiar metodologias qualitativas, de forma a podermos aprofundar alguns conhecimentos, perceber a significação de certos fenómenos decorrentes do processo de pesquisa, compreender melhor ideias e comportamentos e interpretar dados categorizados. Porque o nosso grupo-alvo inclui jovens de ambos os sexos de diferenciados meios sociais de pertença (escola e fora da escola; urbano e rural), os métodos qualitativos permitem-nos aprofundar certas particularidades e estabelecer comparações.

A recolha de informação de base nas unidades de análise realizou-se através de três tipos de instrumentos de observação:

- Entrevistas semi-estruturadas ao grupo-alvo;
- Entrevistas abertas a informadores-chave;
- Inquéritos a estudantes do ensino superior (homens e mulheres com idades até aos 24 anos), de instituições públicas e privadas. A aplicação teve lugar no recinto das diferentes instituições de ensino abrangidas pela nossa selecção (e residências universitárias, no caso da Universidade Eduardo Mondlane, aproveitando o curto período de férias dos estudantes).

Esta selecção tomou em conta a necessidade de poder colocar lado a lado os resultados colhidos em Maputo, Beira ou Quelimane, para cruzar a informação entre as diversas universidades com os resultados obtidos das entrevistas semi-estruturadas feitas a jovens dentro e fora da escola, em áreas rurais e urbanas.

O grupo-alvo, que como referido era constituído por jovens de ambos os sexos, de idades compreendidas entre os 15 e 24 anos, ocupando espaços dentro e fora da escola. Para a escola, como unidade de observação, foram consideradas as instâncias públicas e privadas destas entidades, com o intuito de perceber comparativamente, as diferenças relativas ao conhecimento, percepção e práticas perante a sexualidade, na sua relação com o HIV/SIDA; pressupunha-se à partida, a existência de uma realidade diferente devido à sua pertença a sectores com rendimentos económicos desiguais.

Para a amostra dos jovens fora da escola, que teve como unidade de observação a “comunidade”, a selecção foi feita dentro dos limites dos mercados, das associações juvenis e outros lugares de concentração de jovens. Para ambos os casos o tamanho da amostra correspondeu a cinco entrevistas semi-estruturadas para homens e a igual número para mulheres, e a uma entrevista colectiva para cada uma das diferentes unidades de observação, para homens e mulheres. Todas foram orientadas por um guião. As últimas entrevistas, embora fossem igualmente semi-estruturadas, foram organizadas de forma mais “aberta”, por grandes temas correspondentes ao conteúdo das entrevistas anteriores.

A amostra do (i) grupo de referência e (ii) informadores-chave diferenciou-se em conteúdo, segundo os objectivos da selecção dos mesmos. Vejamos:

i) Os estudantes do ensino superior (mulheres e homens) – das instituições públicas e privadas – foram seleccionados entre diversas faculdades, cumprindo apenas o requisito de não superar os 24 anos de idade. Por isso, no caso da UP (Universidade Pedagógica) da cidade de Maputo, o tamanho é muito reduzido, dado que a maior parte dos estudantes que frequentam esta instituição ultrapassa este limite de idade. O objectivo desta selecção era observar o conhecimento, percepção e prática que estes estudantes têm sobre as temáticas principais que se situam no nosso trabalho de investigação (sexualidade, direitos humanos e HIV/SIDA)⁷.

ii) Os informadores-chave foram considerados pela sua escala de acção (nacional e dos territórios das unidades espaciais de estudo), a nível dos sectores do aparelho de Estado, bem como no âmbito das organizações da sociedade civil que lidam com assuntos de jovens e HIV/SIDA. Esta selecção tinha em vista a obtenção de informação e documentação, quer geral, quer particular, sobre o país e os espaços das diferentes áreas espaciais de estudo.

⁷ Os inquéritos foram aplicados nas seguintes instituições de ensino superior: i) Públicas: Universidades Eduardo Mondlane-UEM (Faculdade de Letras e Ciências Sociais; Faculdade de Direito; Lares universitários e Escola de Turismo e Hotelaria) em Maputo; Instituto Superior de Relações Internacionais ISRI e Universidade Pedagógica UP nas cidades de Maputo, Quelimane e Beira; ii) Privadas: Instituto Superior Politécnico Universitário- ISPU (nas cidades de Maputo e Quelimane); Instituto Superior de Ciência e Tecnologia de Moçambique-ISCTEM (cidade de Maputo) e Universidade Católica de Moçambique-UCM (cidade da Beira).

À escala nacional a amostra distribuiu-se entre diversos escalões de liderança a este nível, nos Ministérios da Saúde, Educação, Juventude e Desportos, Instituições de Ensino Superior e Organizações da Sociedade Civil⁸.

À escala das unidades espaciais de estudo realizaram-se entrevistas e contactos com os quadros correspondentes a esta escala espacial e outros indivíduos cuja actividade se associava com o tema da nossa pesquisa. Exemplos disso são os directores de departamentos e os assessores dos directores provinciais nas áreas de educação, saúde e juventude e desportos. Todavia, foram incorporadas entrevistas individuais aos seguintes grupos de referência: directores e professores das escolas, activistas juvenis pertencentes, ou não, à Geração BIZ, líderes comunitários, líderes de associações que trabalham na área de saúde sexual e reprodutiva; quadros dos SAAJ, GATV e Hospitais de Dia⁹; delegados provinciais do ISPU e UP.

Quantitativamente, a recolha de informação primária (entrevistas e inquérito) deu lugar ao seguinte:

- Grupo-alvo: 340 entrevistas
- Grupo de referência: 1 228 inquéritos
- Informadores-chave: 156 entrevistas

⁸ No Ministério da Saúde, foram abrangidos os seguintes sectores: GATV's; Saúde Reprodutiva; SAAJ's (Geração BIZ) e o Programa de Transmissão Vertical. No Ministério de Educação, os nossos entrevistados foram o Director Nacional de Planificação e a responsável pela introdução dos assuntos de direitos sexuais e reprodutivos e de prevenção ao HIV/SIDA nos *curricula* dos diferentes níveis do ensino primário e secundário (INDE). No Ministério da Juventude e Desportos: Ministro e Directora Nacional da Juventude. Relativamente às instituições de ensino superior: Vice-Reitor da UCM; Pró-reitora e Directora de Relações Públicas do ISPU. Pela parte da sociedade civil: quadros directivos da MONASO e AMODEFA. Outros contactos dentro da mesma escala efectuaram-se no âmbito do INE, Conselho Nacional de Combate ao Sida e CEP-Centro de Estudos da População (UEM).

⁹ Os Hospitais de Dia são sectores especializadas nas unidades sanitárias, que tratam, em regime ambulatorio, doenças oportunistas do Sida e, actualmente, também, têm incorporado o tratamento anti-retroviral.

Tabela 2 - Amostra geral do grupo-alvo e informadores-chave

ID	Unidades Espaciais de Estudo	Grupo-alvo (jovens dentro e fora da escola: mulheres e homens)	Informadores Chave
1	<i>Cidade de Maputo:</i>	72	23
	DM N° 1 e DM N° 2	72	23
2	<i>Província de Maputo:</i>	97	26
	Cidade de Matola	36	4
	Posto Administrativo de Ressano Garcia	24	13
	Distrito de Manhiça Sede	37	9
3	<i>Província de Zambézia:</i>	112	73
	Cidade de Quelimane	67	41
	Distrito de Inhassunge	16	15
	Distrito de Alto Molocué	29	17
4	<i>Província de Sofala:</i>	59	34
	Cidade de Beira	36	21
	Distrito de Dondo	23	13
	<i>Total geral</i>	340	156

Tabela 3 - Amostra geral do inquérito aos estudantes universitários

Universidades	Frequência	Percentagens	Percentagens acumuladas
UEM	698	56.8	56.8
UP	123	10	66.9
ISPU	165	13.4	80.3
ISRI	78	6.4	86.6
ISCTEM	79	6.4	93.1
UCM	85	6.9	100
Total	1228	100	

Parece-nos importante referir as dificuldades que, de uma maneira geral, se experimentaram ao tratar, junto aos jovens, um tema como a sexualidade, que

explora as crenças, convicções e assuntos mais íntimos e pessoais de cada indivíduo. De notar, no entanto, que, na maior parte das unidades espaciais estudadas, se verificou uma maior abertura e participação das/os jovens dentro da escola, em relação ao mesmo grupo etário fora da escola, na discussão dos temas propostos. Esta constatação aparece também associada ao espaço social de pertença. Ou seja, uma maior abertura e participação entre as/os entrevistados nas áreas urbanas do que nas rurais. Situação idêntica se verificou também a nível de conhecimentos, onde a influência do meio social de pertença e dos meios de referência desempenham um papel vital que se reflecte qualitativamente no tipo de respostas dadas, como aparece ilustrado nos capítulos que se seguem.

É igualmente de assinalar uma contradição constantemente presente, entre as respostas dadas sobre conhecimentos e as práticas de cada uma/um, que permitiram verificar o desejo de deixar transparecer a imagem do “politicamente correcto”. Embora esta seja uma questão pertinente em qualquer trabalho de terreno, isto é, o investigador deve normalmente esperar da parte do informador que o seu depoimento busque sempre passar uma imagem que ele acha mais positiva, o problema colocou-se com maior acuidade ao tratar temas como a sexualidade e o Sida. Quer dizer, em muitos casos procurava-se dar a resposta que parecia ser a mais adequada e esperada pelo/a entrevistador/a. Esta situação reflecte a multiplicidade de referências a que os/as jovens estão expostos na formação das suas identidades e significou um maior cuidado na condução das entrevistas e no tratamento da informação recolhida.

Como aparece patente ao longo do desenvolvimento deste relatório, em Moçambique, a discussão do tema sexualidade significa o levantar o véu a vários outros aspectos afins como a concepção da autoridade, com a apropriação e exercício de direitos sexuais e formas de se situar na sociedade, entre outros, orientados por tabus, juízos de valor e outros aspectos que se cruzam directamente com questões de índole cultural. Tomando em consideração o quadro acabado de referir e uma vez que o nosso desenho de pesquisa privilegiou as metodologias qualitativas (entrevistas semi-estruturadas e análise documental), optámos igualmente por entrevistar separadamente rapazes e raparigas. Por outro lado, a equipe de pesquisa era composta por membros de ambos os sexos, de modo a que os entrevistadores fossem do

mesmo sexo que o grupo/pessoa a ser entrevistado, como forma de facilitar a abertura na discussão dos diversos subtemas, evitar constrangimentos e fazer cair barreiras na comunicação entre entrevistador/a e entrevistado/a.

5. As unidades espaciais de estudo

A diversidade de situações que caracterizam Moçambique nos planos cultural, político e socioeconómico, levou-nos a optar pela realização deste estudo em quatro diferentes unidades de análise, tendo em conta os seguintes critérios: i) realidades socioeconómicas diferenciadas (rural e urbano); ii) mobilidade populacional e vulnerabilidade a infecções de transmissão sexual (corredores de ligação entre diferentes províncias do país e áreas fronteiriças; economias dependentes do trabalho migratório), e iii) regiões marcadas por altas taxas de infecção por HIV/SIDA, como se seguem:

- Cidade de Maputo: Distritos Municipais 1 e 2
- Província de Maputo: cidade de Matola, posto administrativo de Ressano Garcia e distrito de Manhica
- Província da Zambézia: cidade de Quelimane e distritos de Inhassunge e Alto Molocué
- Província de Sofala: cidade da Beira e distrito de Dondo

No quadro dos critérios acabados de referir, as unidades seleccionadas para o nosso estudo situam-se assim em áreas geográficas diferentes do país, sendo duas no centro (províncias de Sofala e Zambézia) e duas no Sul do país (províncias da cidade Maputo e de Maputo), cada uma das quais envolvendo realidades socioeconómicas e culturais diferentes, onde, à excepção da cidade de Maputo (Distritos Urbanos 1 e 2), se destacam os contextos rural e o urbano. A investigação realizada no Centro e Sul do país, tentou também abranger áreas de fronteira (posto administrativo de Ressano Garcia), corredores de ligação entre províncias e áreas geoeconómicas diferentes (distritos de Manhica; Dondo e Alto Molócue), onde o impacto do trabalho migratório é importante (Manhica, Alto Molocué e Inhassunge), ou ainda áreas “periferizadas”, quer em relação a planos de desenvolvimento socioeconómico, quer mesmo em relação a programas de combate ao HIV/SIDA, realizados por organizações ou

pelas instituições públicas, na altura em que teve lugar o trabalho de campo (distrito de Inhassunge). Refira-se ainda que o Centro, seguido do Sul, são as regiões onde se encontram as taxas mais elevadas de infecção por HIV/SIDA, como veremos mais à frente.

Teresa Cruz e Silva

Ximena Andrade

Conceição Osório

Maria José Arthur

CAPÍTULO II. Os direitos sexuais e reprodutivos e as políticas públicas

A construção da cidadania das mulheres e da igualdade de género é um processo árduo e complexo. A noção de cidadania refere-se não apenas à conquista de direitos, mas, sobretudo, à manutenção e ao aprofundamento de direitos conquistados e acumulados historicamente. Com isso queremos destacar que a conquista de direitos não é definitiva, mas exige acompanhamento, cuidados e protecção. Para além de apontar para uma situação de atendimento de necessidades e demandas individuais e colectivas, reconhecidas como socialmente justas, a noção de cidadania refere-se a relações de poder, pressupondo uma simetria política, isto é, a existência de recursos e de negociação de interesses, mediante diálogo e interlocução dos sujeitos e instituições políticas.

Neste capítulo, revisitamos a situação dos direitos humanos das mulheres relativamente à sexualidade e à reprodução, a partir de uma abordagem de “Human Rights Based Approaches” (HRBA), que procura “assegurar que os direitos humanos são a matriz de referência na elaboração de políticas, garantindo que as pessoas tenham acesso aos meios para reivindicar, exercer e monitorar os seus direitos humanos, participando activamente nos processos de decisão”¹⁰. O HRBA prescreve mais do que um compromisso formal de respeito dos direitos humanos, requer a sua integração nos programas, políticas, orçamentos e instituições. É importante referir que, deste ponto de vista, a preocupação é tanto com o processo como com os resultados.

As políticas públicas que influenciam e dizem respeito à sexualidade e à reprodução, que contribuem para encorajar ou limitar o controlo do corpo por parte das mulheres, cobrem várias áreas e dizem respeito a diversas instituições. No entanto, considerando a necessidade de delimitar a nossa análise, de garantir o enfoque no nosso grupo-alvo, os jovens, e de centrar os esforços para limitar e

¹⁰ Amnesty International, s/d; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006.

deter a feminização do Sida, fazemos incidir a nossa atenção nas políticas públicas e nos dispositivos do Estado que regulam o direito à vida das mulheres, para decidirem sobre o seu próprio corpo, a sua sexualidade e a sua reprodução. Englobamos neste conjunto, as políticas sobre a saúde sexual e reprodutiva, incluindo os serviços de planeamento familiar e a interrupção voluntária da gravidez, os serviços de informação, de educação e de testagem relacionados com o HIV/SIDA, e a violência contra as mulheres com incidência sobre a violência doméstica contra as mulheres.

Começamos a análise a partir das provisões pertinentes que constam nas leis e compromissos de carácter internacional ratificadas ou subscritas pelo governo, dando destaque à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW)¹¹, à Plataforma de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e ao Protocolo sobre os Direitos das Mulheres na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. A importância deste instrumento legal reside no facto de que vai para além da Carta Africana, ao expor as desigualdades de género e as dificuldades e injustiças de que as mulheres são alvo e ao afirmar que os direitos humanos das mulheres devem ser respeitados e observados. O quadro seguinte mostra os compromissos internacionais que Moçambique assumiu no que respeita aos direitos humanos:

¹¹ Sigla formada a partir da designação em inglês.

Quadro 1 - Compromissos internacionais assumidos por Moçambique perante o sistema de direitos humanos

Instrumentos de ordem legal vinculativa	
Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (ICCPR, Pacto Político)	A adesão foi aprovada pela AR – Resolução nº 5/91, de 12 de Dezembro ^{12/} . Foi depositado junto do Secretário-geral das Nações Unidas – 21 de Julho de 1993. Não existe qualquer cláusula de reserva ou declaração.
Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (ICESCR, Pacto Económico)	A República de Moçambique não é Estado parte deste Tratado
Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD, Convenção Racial)	A adesão da República de Moçambique a este tratado não foi formalmente aprovada por nenhum dos competentes órgãos de soberania, contudo, em 18 de Abril de 1983, a República de Moçambique depositou um instrumento de adesão, pelo que a nível internacional é Estado Parte do mesmo, faltando o cumprimento das formalidades internas.
1d. Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW, Convenção sobre os direitos humanos das Mulheres)	Moçambique é membro da CEDAW (Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher); desde 16 de Abril de 1997 que deu a conhecer a sua adesão por meio da sua assinatura; e ratificou a convenção, sem declarações e/ou reservas no dia 16 de Maio de 1998.
Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC, Convenção das Crianças)	Foi ratificada sem reservas pelo Conselho de Ministros através da Resolução nº 19/90, tendo entrado em vigor na ordem jurídica interna após a publicação no Boletim da República em 23/10/90. O instrumento de ratificação foi depositado pelo governo de Moçambique em 1994.
Convenção contra a Tortura e outros maus-tratos ou penas cruéis, desumanos e degradantes	Adoptado sem reservas.

¹² Publicado no B.R. nº 50, Suplemento de 12 de Dezembro.

Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (Carta de Banjul)	Adoptado sem reservas e ratificada através da Resolução nº. 9/88, de 25 de Agosto.
1h. Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, relativamente aos Direitos da Mulher em África	Foi assinado, no dia 15 de Dezembro de 2003, na Etiópia, e ratificado pela Assembleia da República em Dezembro de 2005.

Instrumentos de consenso internacional	
Cimeira Mundial para o Desenvolvimento Social (1995) [WSSD]	Aprovado sem reservas. O Governo de Moçambique foi representado pelo Presidente da República, Sr. Joaquim Alberto Chissano. Acabou por declarar que o Governo de Moçambique não só está de acordo com a Declaração e programa de Acção mas que colocará todo o seu esforço e poder para o cumprimento dos objectivos traçados.
Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) [FWCW]	Sem reservas, a senhora Ministra de Acção Social dessa altura, Dra. Alcinda Abreu, falou em nome de Moçambique, apresentando a situação da mulher em Moçambique, louvando a Declaração e a Plataforma de Acção e informando que Moçambique concordava plenamente com ambos os documentos.
Sessão Especial da Assembleia-geral das Nações Unidas para avaliação dos compromissos assumidos pelos governos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1999) [ICPD+5]	Aprovado sem reservas, reafirmando as declarações feitas durante a Conferência.
Declaração do Milénio e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Resolução das Nações Unidas adoptada pela Assembleia Geral (2000) [MDG]	Aprovada sem reservas. O governo de Moçambique foi representado pelo Presidente da República Sr. Joaquim Alberto Chissano. Finalizou por declarar que o governo de Moçambique não só está de acordo com a Declaração e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, senão que também colocará todo o seu esforço e poder para o cumprimento dos objectivos traçados.

Sessão Especial da Assembleia-geral das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (2001) [UNGASS sobre HIV/SIDA]	Sem reservas.
Sessão Especial da Assembleia-geral das Nações Unidas para avaliação dos compromissos assumidos pelos governos na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (2002) [FWCW +5]	Aprovado sem reservas.
Sessão Especial da Assembleia-geral das Nações Unidas sobre a Criança (2002) [UNGASS sobre crianças]	Aprovado sem reservas.

A análise que se segue foi realizada a partir dos seguintes tópicos relacionados entre si: i) o direito internacional vinculativo e de carácter consensual; ii) o direito nacional e as políticas públicas. As recomendações decorrentes e sugeridas por esta análise são apresentadas nas “Conclusões e Recomendações”.

1. Os direitos sexuais e reprodutivos

Em Moçambique, o desenvolvimento da lei e das políticas públicas, à volta dos direitos sexuais e reprodutivos, tem sofrido uma forte influência dos compromissos assumidos internacionalmente pelo Estado, tanto no que se refere ao direito internacional vinculativo ao sistema legal nacional, como nos aspectos pertencentes ao consenso internacional.

O CEDAW fornece a matriz legal básica para fundamentar leis e políticas que promovem e defendem a igualdade de género. No entanto, a mais concreta orientação sobre os direitos sexuais e reprodutivos surge na Plataforma de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), inscrita na definição sobre saúde reprodutiva (Caixa 1), que, saída deste evento, paulatinamente se tem enriquecido mediante o contributo dos movimentos feministas.

Caixa 1: A definição de saúde reprodutiva do Programa de Acção da CIPD

“A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente de ausência de doenças ou de indisposições, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos. Consequentemente, a saúde abrange a capacidade do desfrute de uma vida sexual satisfatória sem riscos e de procriar em liberdade para decidir o que fazer ou não fazer, quando, com quem e com que frequência. Esta última condição leva implícito o direito do homem e da mulher a obter informação e de planificação da sua família segundo a sua escolha, assim como de outros métodos para a regulação da fecundidade que não estejam legalmente proibidos, e o acesso a métodos seguros, eficazes, disponíveis e aceitáveis, o direito a receber serviços adequados de atenção da saúde que permitam a realização da gravidez e dos partos sem riscos e dêem aos casais as máximas possibilidades de ter filhos/as sãs/sãos. De acordo com esta definição de saúde reprodutiva, a atenção da saúde reprodutiva define-se como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuam para a saúde e o bem-estar reprodutivo ao evitar e resolver problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Também inclui a saúde sexual, cujo objectivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais e não meramente a assistência e a atenção em matéria de reprodução e de doenças de transmissão sexual” (Parágrafo 7.2).

Esta definição de saúde reprodutiva foi importante, pois até à data não tinha havido nenhuma tão abrangente, devendo servir como marco para a formulação de políticas nesta área. Para ter uma ideia da situação nacional, peguemos nos indicadores seleccionados para o controle do cumprimento dos objectivos da CIPD, e comparemos Moçambique com os outros países da região, como consta na tabela seguinte:

Tabela 4 - Acompanhamento dos Objectivos da CIP. Indicadores seleccionados de Moçambique e dos países da região membros da WLSA

Indicadores seleccionados	Países de WLSA							
	Moçamb.	Malawi	Zâmbia	Zimbab.	Botswana	Lesoto	Suazil.	
Indicadores de Mortalidade								
Esperança de vida. Nº de anos	H	36.6	37.3	32.7	33.7	38.9	32.3	33.3
	M	39.6	37.7	32.1	32.6	40.5	37.7	35.4
Razão de mortalidade materna:		936	1 936	770	654	275	437	380
Indicadores de Educação								
Taxa bruta de escolarização ensino primário	H	104	139	80	96	108	112	128
	M	79	135	76	93	108	118	121
% Concluem último ano ensino primário	H	62	55	83	-	84	68	83
	M	54	43	78	-	89	80	85
Taxa bruta de escolarização ensino Secundário	H	14	40	26	47	90	30	60
	M	9	31	21	42	96	36	60
% Analfabetos (> 15 anos)	H	40	26	15	7	25	27	10
	M	71	53	28	15	20	6	21
Indicadores de Saúde Reprodutiva								
Nascimentos por 1000 mulheres de 15 a 19 anos		105	163	145	92	91	53	45
Prevalência da contracepção %	Q M	6	31	25	54	40	30	20
	M M	5	26	14	50	39	30	17
Taxa de prevalência do HIV %	H	6.1	6.4	8.1	12.4	16.1	17.4	15.3
	M	14.7	14.9	21.0	33.0	37.5	38.1	39.5

Fonte: UNFPA, 2003: 70.

De acordo com esta Tabela, comparativamente, a situação de Moçambique é como se segue:

- Dentro dos indicadores de saúde reprodutiva posiciona-se no penúltimo lugar dos países membros da WLSA, onde apenas o Malawi mostra piores valores nos seus indicadores;
- No contexto da educação, a situação das mulheres é a pior da região e,
- Quanto à extensão da contracepção, os dados mostram a mesma situação desalentadora que no grupo de indicadores anteriores; na prevalência do

HIV a situação das mulheres moçambicanas, com ligeiras diferenças, é de menor gravidade, ainda que, nos restantes países a feminização do Sida seja também uma realidade de destaque (UNFPA, 2003).

Ainda no âmbito da CIPD, há uma atenção especial para os jovens, para quem o direito à saúde sexual e reprodutiva é tão essencial. A Caixa 2 sintetiza as principais recomendações:

Caixa 2: Os/as jovens no Programa de Acção da CIPD

Abordar as necessidades dos adolescentes

“...abordar as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva na adolescência, particularmente a gravidez não desejada, o aborto em condições inadequadas e doenças de transmissão sexual, incluído o HIV/SIDA, por meio da fomentação para uma conduta reprodutiva e sexual responsável e sã, inclusivamente a abstinência voluntária e a prestação de serviços apropriados, orientação e assessoria adaptados a este grupo de idade...” (Parágrafo 7.44).

Promover os direitos dos adolescentes

“Os países, com a assistência da comunidade internacional, deveriam proteger e promover os direitos dos adolescentes à educação, à informação e à assistência em matéria da saúde reprodutiva, e reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez entre os adolescentes” (Parágrafo 7.46).

Responder apropriadamente às necessidades dos adolescentes

“Exorta-se os governos a que, em colaboração com as organizações não governamentais, atendam às necessidades especiais dos adolescentes e estabeleçam programas apropriados para responder a estes. Esses programas devem incluir mecanismos de apoio para o ensino e orientação dos adolescentes nas esferas das relações e a igualdade entre os sexos, a violência contra os adolescentes, a conduta sexual responsável, a planificação responsável da família, a vida familiar, a saúde reprodutiva, as doenças de transmissão sexual, a infecção pelo HIV e a prevenção do Sida. Dever-se-iam estabelecer programas para a prevenção e o tratamento dos casos de abuso sexual e de incesto, assim como outros serviços de saúde reprodutiva. Esses programas deveriam facilitar informação aos adolescentes e fazer um esforço consciente para consolidar valores sociais e culturais positivos. Os adolescentes sexualmente activos vão requerer informação, orientação e serviços especiais em matéria de planificação familiar, e as adolescentes que fiquem grávidas necessitarão de apoio especial das suas famílias e da comunidade durante a gravidez e para os cuidados dos/as filhos/as. Os/as adolescentes devem participar plenamente na planificação, na prestação e na avaliação da informação e dos serviços, tendo devidamente em conta a orientação e as responsabilidades dos pais” (Parágrafo 7.47).

Capacitar os pais

“Os programas deverão chegar a todas as pessoas que estejam em condições de dar orientação aos adolescentes no que diz respeito ao comportamento sexual e reprodutivo responsável, particularmente os pais e as famílias, assim como as comunidades, as instituições religiosas, as escolas, os meios de informação e os grupos da mesma idade e interesse (grupos de pares). Os governos e as organizações não governamentais deverão promover programas encaminhaados a instruir os pais com o intuito de melhorar a interação destes com seus filhos/as e permitir-lhes cumprir melhor seus deveres educativos no apoio do processo de maturação de seus filhos/as, sobretudo nos contextos da conduta sexual e a saúde reprodutiva” (Parágrafo 7.48).

No que concerne ao Protocolo sobre os Direitos das Mulheres na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, os “Direitos de saúde e reprodutivos” são tratados no Artigo nº 14, e inclui-se o direito a:

- Controlar a sua fertilidade, decidir ter ou não filhos, o número de crianças e o espaçamento entre elas.
- Escolher qualquer método de contracepção e de se auto proteger e de ser protegida contra ITS, incluindo o HIV/SIDA.
- Ser informada sobre o seu estado de saúde e o do seu parceiro, sobretudo se estiver afectado por ITS, incluindo o HIV/SIDA, de acordo com os *standards* internacionalmente reconhecidos.
- Ter educação sobre planeamento familiar.

De acordo com estes direitos, prescreve-se que os Estados Parte devem tomar medidas apropriadas para:

- Prestar serviços de saúde adequados e acessíveis, incluindo programas de informação, educação e comunicação para mulheres, especialmente nas áreas rurais.
- Prestar e fortalecer serviços para pré-natal, parto e pós-natal e serviços de nutrição para mulheres durante a gravidez e o aleitamento.
- Proteger os direitos reprodutivos das mulheres autorizando o aborto médico em casos de violação, incesto e quando a gravidez põe em risco a saúde física e mental da mãe ou a vida da mãe ou do feto.

Moçambique: leis, políticas e intervenções nesta área

Como são encaradas estas situações em Moçambique no contexto da Lei e no âmbito das políticas públicas? Foi justamente a partir das influências anotadas anteriormente, assim como a partir do impacto das acções do movimento moçambicano de mulheres (e do incipiente feminismo nacional) que durante a década dos 90 foram introduzidas as primeiras políticas públicas com perspectiva de género¹³. Sublinhe-se ainda que em Moçambique não existe qualquer iniciativa formal que permita medir e/ou monitorar o “índice de comprometimento do compromisso” (ICC)¹⁴.

A declaração e a plataforma de acção da CIPD, ao ter sido ratificada, assinada e depositada no organismo pertinente das Nações Unidas por parte do governo de Moçambique, passa a ser considerada como o instrumento legal específico em matéria de direitos e saúde sexual e reprodutiva (Caixa 1) e, principalmente no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Neste sentido, há quatro aspectos que merecem destaque:

- i. Abordar as necessidades dos adolescentes;
- ii. Promover os direitos dos adolescentes;
- iii. Responder apropriadamente às necessidades dos adolescentes e,
- iv. Capacitar os pais (Caixa 2).

A nível das políticas públicas¹⁵ a política de população do país incorpora entre os seus objectivos e estratégias várias recomendações do Plano de Acção da CIPD. Especificamente, no objectivo nº 5, podem observar-se de forma generalizada estas orientações quando se apela a “proporcionar à população

¹³ “Políticas públicas com recorte de género são políticas que reconhecem a diferença de género e, com base neste reconhecimento, implementam acções diferenciadas para mulheres. Essa categoria inclui, portanto, tanto políticas dirigidas a mulheres, quanto acções específicas para mulheres em iniciativas voltadas para um público mais abrangente” (Santos, 2004: 51).

¹⁴ O índice de compromisso cumprido (IIC) é um instrumento técnico e político para o exercício do controlo do cidadão, desenvolvido no contexto das organizações de mulheres e tem como objectivo medir o grau de cumprimento dos compromissos contraídos pelos governos a nível internacional para alcançar a equidade na dimensão das relações de género (Valdez, 2004).

¹⁵ A Política pública pode ser entendida como um curso de acção do Estado, orientado por determinados objectivos, reflectindo ou traduzindo um jogo de interesses. Um programa governamental, por sua vez, consiste em uma acção de menor abrangência em que se desdobra uma política pública (Santos, 2004).

informação, formação e outros meios que permitam às mulheres, homens e adolescentes gerir a sua vida reprodutiva e sexual, em conformidade com os seus desejos, capacidades individuais e sentido de responsabilidade cívica e social” (Conselho de Ministros, 1996).

Da mesma forma, dentro das estratégias que acompanham este objectivo, coloca-se por um lado, a necessidade de “ajudar os casais e os indivíduos a atingirem os seus objectivos reprodutivos, no contexto da promoção de uma saúde sã, da responsabilidade e bem-estar da família, do respeito pela dignidade de todos os indivíduos ao direito de escolher, livre e responsavelmente o número, o espaçamento e quando devem ter os seus filhos”. Por outro lado, indica-se que são necessárias duas actividades consideradas importantes para a saúde sexual:

- i. “Prevenir situações de gravidez não desejada e reduzir complicações e acidentes relacionados com gravidez e parto, assim como a morbilidade e mortalidade materna e perinatal”, e
- ii. “Melhorar o acesso e a qualidade dos serviços preventivos e curativos em todas as componentes relacionadas com a abordagem abrangente de saúde reprodutiva, que inclui a atenção pré-natal, atenção ao parto, pós-parto e outros como a prevenção do HIV/SIDA. Finalmente indica-se o desenvolvimento de actividades específicas e integradas com outras instituições afins, sobre informação, educação, comunicação e aconselhamento em matéria de educação familiar e saúde reprodutiva para jovens e adolescentes” (Conselho de Ministros, 1996).

Mas no documento orientador para implementar a política de população, onde se relacionarão especificamente as orientações da CIPD e a perspectiva dos direitos humanos, e, se bem que os direitos sexuais não sejam mencionados, de alguma maneira eles se encontram incorporados (mas sem visibilidade) dentro de uma visão restringida à reprodução. Assim, ao falar sobre a garantia de realização dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva da população, diz-se que a realização dos direitos humanos e “as dimensões sociais do desenvolvimento humano são pedras angulares das proposições do Plano de Acção para a Implementação da Política de População (PAIPP) convergentes com as propostas da CIPD. A seguir, de acordo com este objectivo, define-se que o bem-estar individual e o respeito aos direitos humanos se associam

fortemente com a efectiva garantia do exercício dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva, estando a valorização da mulher como uma condicionante da efectiva implementação desses direitos”. Isto, dentro de uma lógica em que as mulheres são vistas apenas como entidades reprodutoras.

Contudo, reconhece-se que as relações entre homens e mulheres são relações assimétricas e, portanto, de poder. No entanto e subtilmente, não se identifica nestas relações quem domina quem; finaliza-se com a proposta de duas acções que por si mesmas podem eliminar as relações de carácter subalterno entre os homens e as mulheres. É aqui que numa perspectiva de género e a partir da óptica dos direitos humanos, que se propõe no PAIPP: “A busca da promoção da igualdade e equidade de sexo-género requer que as desiguais relações de poder que marcam as relações entre homens e mulheres sejam desconstruídas através de acções afirmativas que promovam a igualdade de oportunidades de realização de direitos, deveres, desejos e potencialidades de homens e mulheres, sendo a educação um dos instrumentos de maior importância para a redução dessas desigualdades” (Gabinete Técnico de População, 2002).

No programa do actual governo (2005-2009), pela primeira vez se propõe claramente, uma estratégia de afirmação positiva com vista ao empoderamento das mulheres: “Reforçar a participação da Mulher nos órgãos de tomada de decisão, a todos os níveis e em particular nos domínios da vida política, económica, social e cultural, garantindo-lhe a igualdade de oportunidades e recorrer à discriminação positiva sempre que se afigure necessário”. Contudo, na Política Nacional de Saúde¹⁶ a transversalidade da perspectiva de género está ausente. Por exemplo: i) dentro da alínea a) dos objectivos específicos do objectivo geral prioritário nº 5, apenas se coloca uma preocupação em face das infecções por ITS/SIDA para as crianças do sexo masculino e, com bastante ênfase, como a seguir se pode apreciar: “promover a prática da circuncisão de crianças do sexo masculino e tomar as medidas apropriadas para a criação e desenvolvimento de condições apropriadas nas Unidades Sanitárias do nível secundário, até ao fim de 2007, e nos Centros de Saúde Urbanos A e B e rurais tipo I, até ao fim de 2010”. ii) Situação ainda mais preocupante, é a observada dentro da especificidade do objectivo geral nº 11, referido especificamente para

¹⁶ Aprovada pelo Conselho de Ministro ao 4 de Outubro de 2005.

a saúde dos adolescentes e jovens¹⁷, onde em praticamente todos os objectivos promovidos se incorporam as medidas a tomar, sem nenhuma diferenciação entre raparigas e rapazes. Todavia, no único objectivo em que aparece mencionada a diferenciação entre mulheres e homens, é precisamente na dimensão em que a discriminação e vulnerabilidade das mulheres no contexto das relações de género resultam plasmadas na sua integridade. Assim, surpreendentemente, a acção proposta é de “desenvolver, até fim de 2007, uma estratégia e um programa de acção de prestação de serviços de assistência em Saúde para as meninas e rapazes vítimas de violência sexual de ambos os sexos, incluindo assistência clínica e apoio psicossocial com o objectivo de reduzir as consequências negativas, e passar à sua implementação, até 2010, em pelo menos 50% dos SAAJ”. Qualquer outro comentário é desnecessário, pelo que queremos apenas acrescentar a seguinte observação: existe um distanciamento entre o Programa de Governo e as políticas sectoriais (como exemplo o sector de saúde) quanto à incorporação da perspectiva dos direitos humanos e do enfoque de género.

A proposta sobre o aborto como um direito das mulheres, apresentada no Plano de Acção da CIPD tem em Moçambique três faces diferentes.

i) Segundo a Lei, o aborto é crime tal como é especificado no Código Penal vigente: “Aquele que, de propósito, fizer abortar uma mulher pejada, empregando para este fim violências ou bebidas, ou medicamentos, ou qualquer outro meio, se o crime for cometido sem o consentimento da mulher, será condenado na pena de prisão maior de dois a oito anos” (Secção III. Artigo 358º)¹⁸.

¹⁷ “Promover, desenvolver, dinamizar e tomar as medidas adequadas para que sejam implementados programas de Saúde dos Adolescentes e jovens”.

¹⁸ O Artigo completo tem a seguinte redacção:

“§ 1.º - Se for cometido o crime com consentimento da mulher, será punido com pena de dois a oito anos de prisão maior.

§ 2.º - Será punida com a mesma pena a mulher que consentir e fizer uso dos meios subministrados, ou que voluntariamente procurar o aborto a si mesma, seguindo-se efectivamente o mesmo aborto.

§ 3.º - Se, porém, no caso do parágrafo antecedente, a mulher cometer o crime para ocultar a sua desonra, a pena será a de prisão.

§ 4.º - O médico ou cirurgião ou farmacêutico que, abusando da sua profissão, tiver voluntariamente concorrido para a execução deste crime, indicando ou subministrando os

Daí que o corpo da mulher continue sendo o território controlado pelo Estado mediante normas que desconhecem os direitos das mulheres, assim como se observa no comentário desta lei, que “não é aceite qualquer tipo de aborto: terapêutico, eugénico e/ou sentimental. Contudo, este tipo de aborto mantém uma atenuação e nalguns casos pode perdoar-se. Este aborto, previsto no § 3º do mesmo artigo, privilegia a acção da mulher ter cometido o crime para ocultar a sua desonra, mas os desagravantes não são extensivos para os outros participantes” (Gonçalves, 1972: 549). Mais ainda, desaproveitando as potencialidades do sistema de protecção de direitos, incorporam-se critérios paternalistas e morais que restringem o seu âmbito de protecção.

Importa destacar que este Código Penal vigente em Moçambique e que se encontra neste momento em revisão, data de 1886, tendo merecido até ao momento, no seu país de origem, Portugal, variadas revisões, mudanças e actualizações.

ii) A partir da prática apresenta-se outra face do problema. Em princípios de 1980, o Ministério da Saúde promulgou um decreto que autorizava o aborto hospitalar nos casos de gravidez com dispositivo intra-uterino ou quando as mulheres estivessem em perigo, remetendo-o a uma comissão hospitalar, que funciona ainda hoje (Bugalho, 1995). Terá sido nesta data que se começou a realizar aborto no Hospital Central da cidade de Maputo e posteriormente em outros hospitais da cidade de Maputo e provinciais, provendo o aborto de forma bastante mais extensiva às orientações da disposição ministerial (que ainda se mantém na base de uma normativa oral), com um pedido de termos de responsabilidade. Desde essa altura até agora, a atitude “liberal” dos médicos e “consentida” pelo Ministério da Saúde, situa-se “num equilíbrio misto de coragem, precaução e resultados positivos” (Bugalho, 1995).

meios, incorrerá respectivamente nas mesmas penas, agravadas segundo as regras gerais” (Gonçalves, 1972: 546).

No Hospital Central da cidade de Maputo, entre 1991 e 2005, atenderam-se à volta de mil e duzentas interrupções da gravidez por ano,¹⁹ sem que qualquer caso tenha envolvido litígio em tribunal, ou difusão nos meios de comunicação. Desde o início da implementação desta prática, a atitude do Ministério da Saúde tem sido de que “o oferecimento desse serviço não deve ser gratuito, com o fim de desencorajar o aborto como controle da natalidade, estimulando a contracepção, pois múltiplos métodos são oferecidos gratuitamente pela rede do Serviço Nacional de Saúde” (Bugalho, 1995). Infelizmente, esta posição da instituição, não considera duas situações muito concretas: por um lado, a rede do serviço Nacional de Saúde não atinge, e com sorte, mais do que 40% do território nacional, por outro, a maior parte das mulheres que recorrem a um aborto clandestino, e que geralmente têm menos de 20 anos de idade, carecem de informação e/ou, quase de forma absoluta, de meios para pagar o solicitado pelo Ministério para prestar esta assistência.

Este padrão adoptado pelo Ministério da Saúde resultou da constatação da extensão do aborto clandestino, fundamentado ainda na base do custo entre o atendimento do aborto hospitalar e das consequências do aborto sem segurança. A primeira vez que se falou “oficialmente” do aborto no país, foi durante o Seminário sobre Estratégias para a Maternidade Segura, realizado no ano de 1991. Apesar dos avanços constatados, verificou-se uma clara ausência de definição de uma estratégia, com uma actuação bastante cautelosa por parte dos participantes, “ou até mesmo contra a descriminalização do aborto” (Bugalho, 1995).

Actualmente em que o Código Penal está em revisão, oferece-se uma boa oportunidade para rever a lei existente sobre o aborto; uma vez que persiste o problema do aborto clandestino, e ainda com uma maior expressão e sobretudo, como já mencionámos, dentro das faixas etárias das mulheres mais jovens, e com escassos meios financeiros para pagar os quase dois mil meticais de custos para uma interrupção da gravidez²⁰.

¹⁹ Informação do Ministro do sector, durante o Seminário sobre “O aborto no contexto da estratégia e plano operacional para a redução da mortalidade materna e perinatal”, realizado em Maputo, a 26 de Outubro de 2005.

²⁰ Correspondente a cerca de 85 US dólares.

Outro assunto que deve merecer mais reflexão é o facto de que, com a extensão verificada pela contaminação pelo HIV, e principalmente perante a feminização do Sida, uma mulher infectada com HIV deveria ter o direito de opção por um aborto legal, seguro e gratuito. Finalmente, há que ter especial atenção ao facto da lei considerar o aborto como crime, portanto ilegal. Para modificar a lei do aborto há duas propostas, tendo, cada uma delas, os seus respectivos argumentos. Uma refere-se à despenalização do aborto. Quer dizer que se propõe que o aborto deixe de ser crime, mas sob esta condição não se supera o problema do aborto clandestino, muito pelo contrário, encoraja-se a sua extensão. O outro argumento sustenta a legalização do aborto sob termo de responsabilidade e condições de assistência de total segurança. Esta última alternativa seria a ideal, mas possivelmente levantaria algumas vozes discordantes. Moçambique ratificou em Dezembro de 2005, o Protocolo dos Direitos da Mulher Africana, que foi adoptado pela União Africana em 11 de Julho de 2003, que, como vimos atrás, consagra a vinculação legal directa para o exercício por parte das mulheres, a interromper a gravidez, independente de qualquer solicitação de termos de responsabilidade por outrem. Sublinhe-se ainda que este instrumento reflecte pela primeira vez o direito internacional, que estabelece especificamente o direito das mulheres ao aborto, para além de fazer apelo à proibição legal da mutilação genital feminina²¹.

iii) Durante 2005, o interesse relativo à adopção do aborto seguro, por parte do Ministério da Saúde concretizou-se num novo seminário orientado pelo próprio ministro da carteira. Na sua abordagem sobre esta problemática, para além do contexto médico, para a área dos direitos humanos, demonstrou alguma compreensão sobre os direitos das mulheres sobre o seu corpo e reprodução.

No Plano Nacional do Ministério da Saúde, dentro do programa “Tornar a Maternidade Mais Segura” (Making Pregnancy Safer [MPS]), que teve o seu início em 2004 sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS), e

²¹ A este propósito convém referir que no nosso país celebram-se duas práticas consideradas como tal pela Organização Mundial da Saúde: o alongamento dos lábios vaginais superiores e o sexo seco. No levantamento realizado pelo ARPAC durante 1981, na Campanha de Preservação e Valorização Cultural, verifica-se a ocorrência destas práticas nas províncias do Sul e na província de Manica, e na região Centro do país. Também, indirectamente, nas várias pesquisas de campo realizadas por WLSA Moçambique e outros estudos realizados a nível de diferentes regiões do país, se confirmaram estes factos.

como iniciativa desta mesma agência das Nações Unidas, Moçambique (como vários outros países do terceiro mundo) foi contemplado com uma investigação sobre avaliação de leis, políticas, programas, estratégias e práticas relativamente à saúde reprodutiva a partir de uma perspectiva dos direitos humanos. O intuito desta actividade é, por um lado, colocar definitivamente no espaço da assistência à saúde, a saúde reprodutiva e sexual como direito humano e de cidadania das mulheres. Pretende-se ainda mostrar quais são os problemas-chave que entravam a aplicação dos direitos humanos na atenção à saúde sexual e reprodutiva. A informação pode transformar-se numa argumentação valiosa para as mudanças de instrumentos legais e políticos relativamente a questões importantes dos direitos de saúde reprodutiva, como é o aborto e a mortalidade materna, alguns dos indicadores sociais que mostram o grau de compromisso público com a equidade das mulheres, porque ele traduz a falta, ou não, de compromisso dos Estados para a promover. Importa sublinhar que tanto o tema do aborto como o da mortalidade materna são e devem ser entendidos como parte da luta pelos direitos reprodutivos das mulheres.

Destaca-se o facto de que, a partir das orientações e legalidade internacional dos direitos humanos, não deveria existir nenhum problema em legislar sobre o assunto. Todavia, importa referir que Moçambique ainda não assinou o Pacto dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, onde o assunto relacionado com a extensão do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, quer dizer, o direito à saúde sexual e reprodutiva, se estabelece de forma particularizada, em termos do direito internacional vinculativo. A este respeito, o relator especial da Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas, Paul Hunt, na avaliação apresentada depois da sua missão de trabalho ao nosso país, 2005, recomendou a necessidade de Moçambique assinar este documento. Numa entrevista concedida aos meios de comunicação nacionais quanto aos esforços feitos para combater o Sida, o mesmo funcionário das Nações Unidas afirmou: “Fiquei chocado ao tomar conhecimento sobre a grande discriminação sofrida pelas pessoas contaminadas pelo vírus HIV em Moçambique: pessoas sendo rejeitadas por suas famílias e demitidas de seus trabalhos. O Governo já deu um primeiro passo, tendo inserido na legislação uma norma que impede a discriminação. Mas, o cumprimento desta lei precisa de ser efectivamente

assegurado. A não-discriminação é um valor vital na garantia do direito humano à saúde”²².

Em síntese, no que respeita aos direitos sexuais e reprodutivos (excluindo o relacionado com o HIV/SIDA), tal como garantidos no Artigo nº 14 do Protocolo sobre os Direitos das Mulheres (Carta Africana) e recomendados pela CIPD, podemos afirmar que:

- i. O regulamento para aplicação da Política Nacional de População menciona os direitos sexuais e reprodutivos e desenvolve programas dirigidos aos adolescentes na área do Sida, mas sobretudo a partir de uma abordagem ABC (Abster-se das relações sexuais, ser fiel à/ao parceira/o ou usar preservativo, correspondente às iniciais em Inglês²³), em vez de adoptar um enfoque baseado no livre exercício dos direitos individuais.
- ii. Na área da saúde e educação o enfoque é posto na saúde reprodutiva, incluindo todas as provisões deste artigo, com algumas restrições para o aborto
- iii. A implementação destas políticas e regulamentos está comprometida pela pouca extensão da rede sanitária e ausência de programas para desenvolver alternativas na comunidade.

2. Lei e política nacional de combate ao HIV/SIDA

Os mesmos instrumentos legais internacionais e documentos de consenso discutidos mais acima, na medida em que se referem aos direitos sexuais e reprodutivos, são pertinentes para tomar em consideração na elaboração de leis e políticas públicas na área do HIV/SIDA. Concretamente, no que se refere ao Protocolo sobre os Direitos das Mulheres na Carta Africana, no seu artigo 14º, “Direitos de saúde e reprodutivos”, reconhece-se o direito a:

- Escolher qualquer método de contracepção e de se auto-proteger e de ser protegida contra ITS, incluindo o HIV/AIDS.

²² In: <http://www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/mhealth.htm>, acedido a 22 de Outubro de 2004.

²³ “Abstinence, Be faithful, Condomise”. Política promovida pela USAID, baseada em acções de prevenção do Sida para adolescentes com foco na abstinência e na fidelidade.

- Ser informada sobre o seu estado de saúde e o do seu parceiro, sobretudo se estiver afectado por ITS, incluindo o HIV/SIDA, de acordo com os *standards* internacionalmente reconhecidos.

Em relação a este e outros compromissos assumidos pelo Governo para travar a expansão do Sida, qual tem sido a resposta nacional?

Para responder a esta questão devemos considerar a primeira iniciativa, em 1988, com a criação no Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Combate ao Sida. No ano 2002, pelo Decreto 10/2000 cria-se o Conselho Nacional de Combate ao Sida, como um órgão de coordenação da implementação da Estratégia Nacional de Combate ao Sida (artigo 1), sendo presidido pelo Primeiro-Ministro (artigo 2) com as seguintes competências, como se pode ler no artigo 3 do respectivo Decreto: “O Conselho Nacional de Combate ao Sida supervisa, avalia e traça orientações, sobre: a) A gestão do Programa Multi-sectorial de Combate ao Sida, cujos planos de implementação, a partir do Plano Estratégico de Combate ao Sida, são o Plano Estratégico Nacional (PEN) e os diferentes Planos de Acção dos Projectos e Programas dos diferentes intervenientes”, sendo estes intervenientes orientados para o desenvolvimento da acção dentro de grupos-alvo específicos, que a seguir se referem:

Ministério de Tutela	Grupos-alvo (vulneráveis)
Ministério da Saúde	Pessoas com DTS e HIV/SIDA
Ministério da Educação	Grupo dos jovens nas escolas
Ministério da Juventude e Desportos	Grupo de jovens fora das escolas
Ministério da Mulher e de Acção Social	Órfãos e mulheres vulneráveis
Ministérios restantes	Grupos de adultos com alta mobilidade

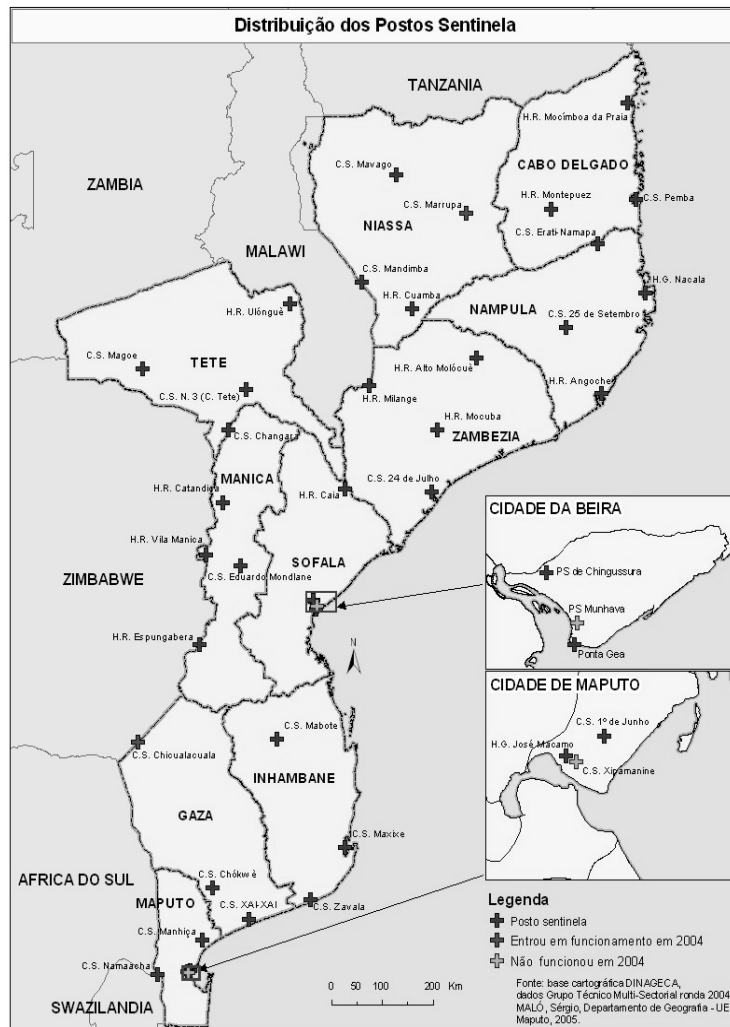
Continuando, o decreto sublinha: “b) A mobilização dos recursos humanos e materiais para a implementação dos Programas de Luta contra o Sida; c) A adequação dos objectivos, estratégias e metas do PEN com a Política Nacional de Desenvolvimento Socioeconómico; d) o respeito pelas estratégias nacionais

do Combate ao Sida; e) a implementação de projectos e programas dinamizadores ou de pesquisa no âmbito das duas actividades; f) a avaliação dos progressos no combate ao Sida; e organização de conferências nacionais e internacionais (Artigo 3).

A estratégia de vigilância do HIV/SIDA é realizada através do Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV/SIDA, que “estabeleceu, em 1988, um sistema de vigilância epidemiológica em unidades sanitárias seleccionadas, designadas como postos-sentinela (PS) que têm como objectivo medir as prevalências do HIV. Os dados são recolhidos entre os meses de Setembro e Novembro numa amostra por posto-sentinela de 300 mulheres grávidas que se apresentam consecutivamente na sua primeira consulta pré-natal e servem de base para estimar as prevalências provinciais, regionais e nacional do HIV, e o impacto demográfico do HIV/SIDA no país”. A implementação do sistema de vigilância epidemiológica pode ser dividida em 3 fases: “a primeira de 1988 a 1998, caracterizada pela recolha de dados de prevalência do HIV em 4 PS, sendo 1 na região Sul e 3 na região Centro; a segunda em 2000, caracterizada por uma melhoria e expansão da rede sentinela de 4 PS para 20; a terceira foi caracterizada por uma expansão adicional do PS de 20 postos em 2000 para 36 postos desde 2001” (Grupo Técnico Multisectorial, 2004: 7 - 9).

Como tivemos ocasião de referir, depois da Comissão Nacional de Combate ao Sida, criada em 1998, desenvolveu-se e aprovou-se o Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000/2001 (PENCS I), que “teve pela primeira vez uma dimensão verdadeiramente nacional e envolveu um grande número de participantes em representação de todos os sectores” (PENCS II, 2004). O PENCS II, apresentado para aprovação em Outubro de 2004, pretende “responder à continuidade dos ciclos de planificação e é concebido como um plano de médio termo e visa cobrir o horizonte temporal 2004 – 2009. Porém algumas das projecções que ele comporta estendem-se pelos próximos 10 anos” (PENCS II, 2004).

Mapa 1. Vigilância Epidemiológica - Ronda 2004:
Localização dos 36 Postos Sentinela



Fonte: Ministério da Saúde (2005), Programa Nacional de Controle das DTS/HIV-SIDA
Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique.
Versão final.

A política de combate ao HIV/SIDA situa-se dentro de três linhas de acção: i) actividades preventivas; ii) actuação terapêutica, e iii) mitigação das consequências da doença.

i) No que concerne as actividades preventivas, as acções de informação, educação e comunicação junto aos jovens e adolescentes, desenvolvem-se dentro do programa da Geração BIZ²⁴, que envolve três Ministérios (Saúde, Educação e Juventude e Desportos), onde cada um tem a sua tarefa, devendo no entanto trabalhar de forma coordenada. As especificidades de acção de cada uma das instituições delineiam-se a partir do grupo-alvo: jovens dentro da escola (Ministério de Educação: cantos); jovens fora da escola (Ministério da Juventude e Desportos: cantinhos na comunidade) e dentro do Ministério da Saúde, os Serviços de Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ). Este programa, é dirigido pelas entidades governamentais mas implementado por meio da estratégia de activismo de “educação de pares” por organizações da sociedade civil, como é o caso de AMODEFA (Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família), que tem a seu cargo o desenvolvimento deste programa em algumas províncias do país (cidade de Maputo, Maputo província, Zambézia e recentemente Cabo Delgado, entre outras).

Sublinhe-se que, no caso dos SAAJ's, estes são serviços oferecidos pelo pessoal do serviço nacional de saúde (médicos, enfermeiras, psicólogos), devendo o activismo por parte dos jovens facilitar e auxiliar o trabalho dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde-SNS. Durante o ano 2003, os SAAJ's estavam implantados em todas as províncias do país num número de 75 unidades no total, tendo sido previsto para 2004 um acréscimo para um total de 105 unidades. Contudo, como nos foi possível constatar através do estudo empírico realizado nas diferentes unidades espaciais de estudo, verifica-se que os utentes-alvo, na sua grande maioria, desconhecem a sua existência, ou não os utilizam.

²⁴ “O programa da geração BIZ – Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva para adolescentes e Jovens foi criado para responder a algumas necessidades e esclarecer os direitos da população de adolescentes e jovens moçambicanos, ou seja, pessoas com idade entre 10 e 24 anos. (...) O seu objectivo é a promoção da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, pautado pelo respeito pelos direitos sexuais e reprodutivos, nos valores morais e da família e no princípio de igualdade de género” (Geração BIZ, 2004, p.7).

O Ministério da Juventude e Desportos, para além de participar no Programa da Geração BIZ, desenvolve o Programa “O meu futuro é a minha escolha”, associado ao primeiro, e também em parceria com a UNICEF. Ele é dirigido a jovens fora da escola, de 12 a 15 anos de idade, com o objectivo geral de reforçar os seus conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva. Este programa começou a ser implantado a partir de 2002 (províncias de Sofala, Manica e Zambézia) no prosseguimento de quatro objectivos estratégicos: i) A criação de ligações entre jovens que não estejam a estudar e os SAAJ’s; ii) capacitar jovens que não estejam a estudar com informação de “habilidades para a vida”; iii) criar um ambiente de apoio favorável ao desenvolvimento e mudança de comportamento entre jovens que não frequentem o ensino; e iv) capacitação do aparelho de Estado, ONG’s e outros promotores e provedores de serviços para que se abranjam os jovens que não frequentem um estabelecimento de ensino (MJD, 2001). Os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV) são as unidades relacionadas com a prevenção ao HIV/SIDA mais conhecidas pelos jovens, quer porque alguns deles se localizam junto aos SAAJ’s²⁵, quer ainda porque neste momento podem ser considerados mais populares entre a maioria dos cidadãos, quando se trata de saúde sexual e reprodutiva. Têm por objectivo, por um lado, “ser a porta de entrada para os serviços de saúde, e por outro lado, receber utentes que, de forma voluntária, pretendem saber o seu estado serológico” (MISAU/GATV, 2003).

Durante 2003, existiam 43 GATV (clássicos) espalhados por todo o país com uma maior concentração dentro dos limites das províncias da região Sul. Numa observação à informação disponível sobre a motivação que leva as pessoas, por sexo, a procurar os serviços de um GATV, verificámos que, quer entre as mulheres quer entre os homens, a primeira causa que os leva a procurar este serviço é o “comportamento de risco”. A segunda motivação para as mulheres é “sentir-se doente” e para os homens a necessidade de “mais aconselhamento” (MISAU e GATV, 2004).

²⁵ Os GATV’s encontram-se divididos em GATV clássico, GATV/PTV, GATV/SAAJ, GATV Satélite, GAT e ATV dependendo do tipo de serviço onde está inserido (MISAU e GATV, 2004).

Tabela 5 - Motivações que levam as pessoas a visitarem um GATV

Motivação principal para visitar um GATV	Visitantes Segundo sexo	
	%	
	M	H
Referência de Profissional de Saúde	10.4	7.9
Comportamento de Risco	23.6	35.7
Parceiro de Risco	1.9	0.8
Desconfiança do Parceiro	11.4	7.4
Sentir-se Doente	21.3	16.2
Parceiro Doente	1.4	1.0
Parceiro HIV +	4.6	1.0
Planeamento Familiar	2.2	1.8
Criança Doente	2.3	0.7
Casamento	1.2	1.0
Mais Aconselhamento	13.7	18.0
Violência Sexual	0.2	0.09

Fonte: Conselho de Ministros, Plano Estratégico de Combate ao Sida, 2004

ii) A actuação terapêutica desenvolve-se em quatro linhas de acção. A primeira diz respeito ao Tratamento das Doenças Oportunistas (TIO) que, à semelhança dos GATV, mantêm uma distribuição desequilibrada no território nacional. Como exemplo, e a título comparativo, poderemos verificar para o ano 2003, a existência de 6 unidades de tratamento TIO na cidade de Maputo - com 987 943 habitantes (censo de 1997) enquanto na província da Zambézia, a segunda mais populosa do país, com 3 096 400 (censo de 1997) carecia deste serviço. Contudo, estava projectado estabelecer 13 destas unidades durante 2004. Uma segunda instância corresponde aos Hospitais de Dia (HDD) que são unidades especializadas no atendimento a pessoas vivendo com HIV/SIDA. Eles possuem uma componente ambulatória e uma componente de cuidados domiciliários. O tratamento anti-retroviral corresponde à quarta linha de terapia que está legalizada pelo Diploma Ministerial nº 183 – A/2001 de 18 de Dezembro, e contido no BR: I série – Número 50. Ressalte-se que a distribuição destas unidades observa um franco desequilíbrio na sua relação com o tamanho da população das unidades espaciais de estudo.

iii) Mitigação e consequências da doença: Esta linha não é tratada neste estudo, sendo no entanto importante ressaltar o trabalho de acção levado a cabo pela Comunidade de Santo Egídeo (Programa Dream), no sentido de incorporar ao tratamento anti-retroviral um suporte total aos doentes e suas famílias, que se estende ao apoio material e psicológico. Neste momento o Programa Dream está integrado no Programa Nacional de Combate ao Sida. Ainda com uma margem pequena de actuação particularizada, o programa é gerido pelo MISAU.

Sublinhe-se que o actual programa de governo (2005-2009) manifesta uma preocupação com a prevenção do Sida junto às mulheres, onde se propõe: “Melhorar a distribuição do preservativo explorando as capacidades logísticas de todos os sectores e organismos; promoção do preservativo feminino e aumento da sua disponibilidade em locais de venda”. No quadro da legislação local, não existem leis específicas sobre direitos sexuais e reprodutivos que os salvaguardem. Contudo, como já tivemos ocasião de anotar anteriormente, Moçambique, ao assinar e ratificar as convenções, tratados (direito vinculativo) e instrumentos de consenso internacional, conta com antecedentes e precedentes legais para facilmente tipificar na legislação local a defesa destes direitos. Apesar disso, o que existe na letra da lei é a violação destes direitos. No Código Penal o aborto é penalizado até às últimas consequências e com penas máximas para todos os seus intervenientes. Também se torna necessário compatibilizar o princípio de igualdade, presente na Constituição da República e estendido à Lei de Família, recentemente aprovada, quanto ao reconhecimento como crime, da violação conjugal.

Podemos no entanto observar, em primeiro lugar, que a inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos ao nível das políticas públicas nem sempre é tomada em conta, o que se deve à ideia de que eles estão compreendidos no contexto da saúde sexual e reprodutiva e/ou por perceber o problema como pertencente apenas à ordem médico-sanitária. Assim, embora se aborde a questão dos direitos à saúde sexual e reprodutiva, a maior parte das vezes a sexualidade acaba por ficar reduzida à saúde reprodutiva. Uma segunda observação diz respeito à inexistência de uma política de saúde sexual e reprodutiva por parte do sector de saúde. Existem apenas políticas sectoriais, como são os casos da

saúde materno-infantil e a dos jovens e adolescentes. Sublinhe-se, no entanto, que esta última está ainda numa fase de preparação (MISAU, 2003).

A partir da intervenção do Ministro da Saúde na Assembleia da República, em finais do ano 2005, sobre a situação do Sida em Moçambique e que faz alusão à “resposta nacional abrangente e coordenada ao HIV/SIDA que foi definida no Plano Estratégico Nacional de Combate ao Sida 2004-2009”, aprovado pelo Conselho de Ministros em Novembro de 2004, e retomado pelo Programa Quinquenal do Governo, 2005-2009”, cria-se, neste órgão do poder do Estado, uma comissão *ad-doc* para o atendimento à problemática do Sida. Nesta mesma intervenção, por parte do Ministro, indica-se que, para a “prevenção da transmissão vertical ou de mãe para filho, estão a ser capacitados os recursos humanos existentes, particularmente as enfermeiras de Saúde Materno-Infantil, no sentido de oferecer aconselhamento às grávidas. Mais de 45 000 mulheres foram testadas e aconselhadas. Dessas 45 000 mulheres, 6 000 foram HIV positivas e das quais mais de 3 000 mulheres receberam tratamento preventivo”. Mas, o que não se diz é que estes programas, até agora, apenas se têm centrado em prevenir a transmissão para as crianças e, praticamente, não oferecem benefícios às mães (FNUAP, 2005: 37), ainda que se saiba que a droga utilizada na prevenção da transmissão ao bebé pode provocar uma resistência respeitável a qualquer tratamento anti-retroviral, *a posteriori*. Assim, fica claro que quando se refere que “mais de 15 000 moçambicanos beneficiam do tratamento anti-retroviral a título gratuito”²⁶, as mulheres abrangidas pelo programa de prevenção de transmissão vertical, na sua maioria, não estão incluídas. O tratamento de um doente com SIDA, custa ao SNS, “no mínimo 12.000.000 de Meticais, ou seja um milhão por mês. (...) Os orçamentos alocados directamente para a área de prevenção, tratamento e mitigação do HIV e SIDA em 2005 ascenderam a 45.000.000 (quarenta e cinco milhões) de USD”, segundo o Ministro da Saúde dirigindo-se à Assembleia da República (2005). Embora se reconheça que as infra-estruturas e os recursos humanos da saúde do país não são suficientes, assim como a capacidade para suportar os custos relativos a este tratamento, espera-se que no âmbito dos esforços que se estão realizando dentro

²⁶ Idem.

desta área, sejam incorporadas medidas para salvaguardar uma iniquidade que nos parece evidente.

O projecto da Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (MISAU/MINED/MJD, 2004) carece de qualquer abordagem que seja sobre direitos humanos, que proteja o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos por parte dos jovens, ou, quando estes estão presentes, o seu exercício aparece claramente condicionado:

“segundo uma abordagem positiva sobre a sexualidade, a política e estratégia no que respeita aos direitos dos adolescentes e jovens em serem ou não sexualmente activos, deve ter em conta no aconselhamento, os princípios morais da comunidade onde estão inseridos, bem como as vantagens da abstinência sexual antes do casamento e da fidelidade sexual ao parceiro” (MISAU/MINED/MJD, 2004: 10).

Para além disso, como várias políticas deste sector, que estão à espera de ser aprovadas, também as referentes aos adolescentes se encontram nesta situação. As principais linhas orientadoras são como se seguem:

- Os adolescentes e jovens devem ter acesso à informação, educação e cuidados de saúde na área sexual e reprodutiva com a confidencialidade e privacidade requeridas, tendo em consideração a sua idade e o seu sexo.
- Os programas e intervenções relativos à Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens exigem abordagens multisectoriais como forma de garantir a sua qualidade, tendo em conta as determinantes inter-relacionadas da saúde dos adolescentes.
- A implementação das estratégias resultantes da política deve prever amplos mecanismos participativos, reservando aos adolescentes o papel protagonista em todas as instâncias.
- O aconselhamento sobre os direitos dos adolescentes e jovens de serem ou não sexualmente activos devem ter em conta “os princípios morais da comunidade onde estão inseridos, bem com as vantagens da abstinência sexual antes de casamento e da fidelidade sexual ao parceiro” (tal como referido atrás).
- Os meios de comunicação, as organizações da Sociedade Civil, tais como igrejas, ONGs, associações, etc., desempenham um papel importante no

atendimento às necessidades e serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens e devem ser apoiados nos seus esforços de complementar as actividades do sector público.

- Deve promover-se e cultivar valores de respeito mútuo e colaboração entre os adolescentes e jovens²⁷.

Contrariamente ao que acontece nas políticas de saúde, entre os objectivos da política de população e da política nacional de saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes do Ministério da Educação, ressalta-se a importância de considerar os direitos sexuais e reprodutivos deste grupo populacional específico, “que devem ser operacionalizados em estratégias específicas relativas à saúde reprodutiva, à redução da pobreza e à educação, informação e comunicação” (MINED, 2003; Conselho de Ministros, Resolução 5/99). No entanto, apesar destas resoluções, a nível do Ministério de Educação, cometem-se flagrantes violações aos direitos humanos consagrados constitucionalmente, do que é exemplo o Despacho Ministerial de 2004, que estabelece que as raparigas grávidas do curso diurno sejam transferidas para o nocturno (para os casos em que este serviço exista na escola), ou suspensas de frequentar o ensino diurno (para os casos de não existência de turno nocturno)²⁸. Esta medida entra em contradição com as políticas de respeito pela igualdade de género e de promoção da mulher e da rapariga que o governo diz seguir. Para além de que, uma disposição deste tipo, fere as várias convenções e tratados internacionais sobre os direitos das mulheres, dos quais Moçambique é Estado membro. Sendo este problema de âmbito regional, convém destacar que, no âmbito das preocupações da comunidade dos países da África Austral - SADC, a Primeira Conferência da Juventude da SADC recomendou o desenvolvimento e a adopção urgente pelos países membros “de uma estratégia regional sobre saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, que proteja e promova, de forma positiva, os direitos sexuais e reprodutivos deste grupo” (SADC, 2000).

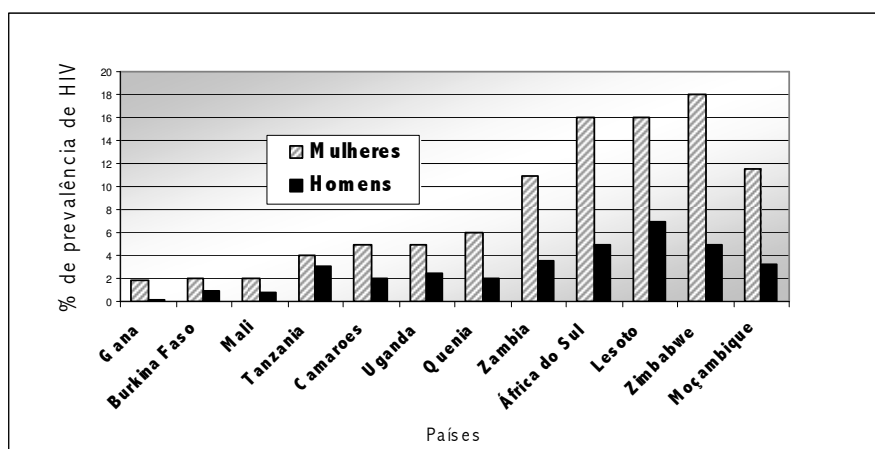
²⁷ Princípios norteadores da política e das estratégias de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens (“Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”. Quinta Versão. Julho de 2004).

²⁸ Despacho nº 39/GM/2003 do Ministério da Educação, Gabinete do Ministro, de 5 de Dezembro. Nessa altura, a questão foi debatida ao nível dos media (veja O. Tembe, 2004, “Alcido Nguenha legitima discriminação da rapariga grávida na escola?”. In: *Notícias*, 6 de Maio).

Segundo indica o relatório da ONUSIDA de Novembro de 2004 e como já referido, em cada dia que passa, o rosto do Sida vai assumindo uma face cada vez mais feminina e mais jovem. Os dados apresentados neste relatório, mostram-nos assim que quase metade dos 37.2 milhões de adultos e jovens infectados com HIV/SIDA²⁹ no mundo são mulheres; que a África Subsaariana tem aproximadamente 25.4% de infectados, e quase 64% do total de portadores do mundo.

Em Moçambique, assim como em outros países da região austral de África, o crescimento dos níveis de infecção por HIV e por outras doenças de transmissão sexual tem constituído motivo de preocupação por parte dos legisladores e das organizações da “sociedade civil”. Veja-se no gráfico seguinte a situação comparativa do país:

Gráfico1: Prevalência do HIV entre homens e mulheres de 15 a 24 anos em países seleccionados da África Subsaariana, 2001-2005



Fontes: ONUSIDA e OMS, 2005, Situação da epidemia do SIDA. Relatório Anual 2003 dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária.

As taxas de prevalência de HIV em Moçambique mostraram uma tendência de crescimento de 12% em 98, para 14% em 2002 (Arnaldo e Francisco, 2004). Na

²⁹ O total de infectados pelo HIV/SIDA, estimado pela ONUSIDA à escala mundial, corresponde a 39.4 milhões de pessoas, das quais se calcula que 37.2 milhões sejam adultos entre 15 e 49 anos.

base destes dados estima-se ainda que em 2002 tenha havido cerca de 1,2 milhões de pessoas infectadas no país. Uma análise comparativa entre as taxas de prevalência da doença entre os anos 2000 e 2002, na base da informação recentemente publicada (INE, 2004a), é ilustrativa quer dos níveis do alastramento do Sida, quer da regionalização das maiores taxas de prevalência em zonas de migração acentuada e de grande mobilidade populacional, como são as regiões Sul, com uma prevalência de 14.8, e a região centro com 16.7 (INE, 2004a). A tabela seguinte apresenta a situação que acabámos de descrever:

Tabela 6 - Comparação das Taxas ponderadas de Prevalência do HIV Provinciais, Regionais e Nacional. Atribuição, Moçambique, 2001 – 2004

Província	2001	2002	2004	Região	2001	2002	2004
Maputo Cidade	15.5%	17.3%	20.7%	Sul	14.4%	14,8%	18.1%
Maputo Província	14.9%	17.4%	20.7%				
Gaza	19.4%	16.4%	19.9%				
Inhambane	7.9%	8.6%	11.7%				
Zambézia	15.4%	12.5%	18.4%	Centro	16.8%	16.7%	20.4%
Sofala	18.7%	26.5%	26.5%				
Manica	18.8%	19.0%	19.7%				
Tete	16.7%	14.2%	16.6%				
Niassa	5.9%	11.1%	11.1%	Norte	6.8%	8.4%	9.3%
Nampula	7.9%	8.1%	9.2%				
Cabo Delgado	5.0%	7.5%	8.6%				
<i>Nacional</i>					13.0%	13.6%	16.2%

Fonte: Ministério da Saúde (2005), Programa Nacional de Controle das DTS/HIV-SIDA. Versão final.

Em síntese, podemos concluir que os programas de combate a esta doença estão longe de atingir os resultados esperados. Estudos sobre Moçambique estimam a existência de um número de 500 novas infecções diárias que atingem sobretudo os grupos de jovens (15-24 anos)³⁰.

³⁰ Sublinhe-se que esta situação não corresponde apenas a Moçambique, sendo uma característica geral da concentração da doença dentro da faixa etária de jovens.

Uma última leitura do Artigo 14º sobre os “Direitos de saúde e reprodutivos”, e sobre o direito à informação em caso de infecção por ITS/HIV/SIDA, recorda-nos que a legislação moçambicana não admite em absoluto a quebra do sigilo sobre a infecção com o HIV em relação aos parceiros, havendo necessidade de lançar o debate sobre o imperativo de fazer aprovar uma lei sobre a confidencialidade partilhada.

3. Outros aspectos centrais para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto do Sida

Recorrendo mais uma vez ao Protocolo sobre os Direitos das Mulheres em África, da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos que, ao ser ratificado, ganhou uma posição de grande centralidade entre os Estados Parte, podemos identificar uma série de provisões e recomendações que, embora indirectamente, se relacionam com o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos, nomeadamente:

- i. Protecção contra todas as formas de violência, particularmente a violência sexual e verbal (Artigo nº 3, “Direito à dignidade”);
- ii. Proibição de todas as formas de violência contra as mulheres, incluindo sexo forçado ou não desejado, independentemente da violência ocorrer em espaços público ou privado (Artigo nº 4, “Direito à vida, à integridade e à segurança da pessoa”);
- iii. Promoção de uma educação para a paz através do sistema de educação e da comunicação social, de maneira a erradicar os elementos nas crenças tradicionais e culturais, práticas e estereótipos que legitimam e exacerbam a persistência e a tolerância da violência contra as mulheres (Artigo nº 4, “Direito à vida, à integridade e à segurança da pessoa”);
- iv. Protecção das mulheres, sobretudo das raparigas, contra todas as formas de abuso, incluindo o assédio sexual nas escolas e outras instituições educacionais, sancionado-se os agressores e fornecendo serviços de aconselhamento e reabilitação para mulheres que sofreram de abuso e assédio sexual (Artigo nº 12, “Direito à educação e formação”);

- v. Integração de uma perspectiva de género e de direitos humanos a todos os níveis dos *curricula* de educação, incluindo a formação de professores (Artigo nº 12, “Direito à educação e formação”).

Considerando estas provisões ao nível do Protocolo, discutiremos em seguida duas áreas prioritárias: o combate à violência contra as mulheres, com especial destaque para a violência doméstica, e a educação.

Legislação

A violência contra as mulheres tem servido sobretudo como meio de controlo por parte da sociedade patriarcal e contribui para retirar às mulheres o controlo sobre as suas vidas, para além de todos os problemas associados, ao criar problemas de saúde, incapacidade de trabalho, dificuldades em sustentar a família e na interacção com a comunidade. A violência na sua expressão física, psicológica ou sexual é uma realidade presente em quase todos os relacionamentos afectivos, e tem tido como resultado o condicionamento do comportamento das raparigas/mulheres. Nesta área, em Moçambique não se dispõe de legislação adequada para combater a violência contra as mulheres, incluindo a violência e o abuso sexual e a violência doméstica, para além de que os serviços de apoio legal, policial, psicológico e de saúde às vítimas de violência são ainda insuficientes, não existindo programas de educação para a igualdade, que poderiam ajudar a reduzir a tolerância da sociedade quanto a estes tipos de violência.

No que respeita à legislação, desde 1996 que se encontra inscrito no Plano do Ministério da Justiça a revisão de todas as leis que contenham provisões que discriminem as mulheres, tendo sido criada uma Comissão de Reforma Legal para tratar dos seguintes dossiers: Lei de Família (já aprovada em 2004), Lei das Sucessões e Herança (em discussão a nova proposta) e o Código Penal (em discussão).

Com efeito, no que se refere à violência contra as mulheres, a legislação actualmente existente apresenta deficits teóricos importantes e neste momento que se encontra em revisão o Código Penal (datado de 1886), é importante intervir. Tal como se faz menção no documento “Discussão da primeira

proposta de revisão do Código Penal. Análise segundo uma perspectiva de género e inclusiva dos direitos das mulheres e das crianças”:

“O Código Penal falha em reconhecer que a violência doméstica sociologicamente não é comparável a outras formas de agressão que ocorrem entre estranhos, que tomam a forma de episódios isolados, com causas bem identificadas: querer roubar, resposta a provocação, etc. O que se passa é que as mulheres vítimas de violência doméstica:

- Não sofrem agressões isoladas, mas vivem em relações violentas;
- O agressor é alguém conhecido, que tem sobre elas poder e com quem coabitam ou até partilham um leito conjugal;
- As agressões não respondem a motivos plausíveis, nunca sabendo elas o que é que pode desagradar ou o que é que detona a violência.

Estas características particulares merecem um enquadramento legal próprio. Por exemplo, pegando só num aspecto, tem que se ter em conta que denunciar o parceiro ou o marido acarreta sempre uma escalada de agressão, envolvendo até a própria família do agressor que ameaça a vítima por se atrever a meter queixa contra o filho da casa”.³¹

Entretanto, reconhecendo a importância de ter legislação específica sobre a violência doméstica contra as mulheres, um conjunto de organizações da sociedade civil, enquadradas pelo Fórum Mulher, elaborou uma proposta de lei que, neste momento, espera por ser apresentada ao Parlamento.

Para além disto, e obedecendo aos imperativos da igualdade e segundo os instrumentos legais internacionais relevantes, o Código Penal revisto deve também tipificar como crimes, entre outros: a violação conjugal, o incesto, o abuso sexual e o assédio em casa, na escola e no espaço público, em geral, e o tráfico de mulheres e de crianças.

³¹ Elaborado por ADDC, Action Aid, AMMCJ, CFJJ, Fórum Mulher, Ministério da Saúde, MULEIDE, Rede CAME, WLSA Moçambique, para entregar à Sub-Comissão de Reforma Legal, em Outubro de 2006.

Serviços policiais e legais de atendimento às vítimas

Quanto aos serviços de apoio às vítimas de violência, grandes passos foram dados no atendimento policial. O Ministério do Interior, reconhecendo a existência de preconceitos e de obstruções no atendimento de casos de violência doméstica, no âmbito do seu Plano pós-Beijing³², definiu como estratégias a introdução de uma perspectiva de género nos planos sectoriais dos órgãos centrais e provinciais, a formação curricular em direitos humanos e direitos humanos das mulheres, na Escola Prática da Polícia e na Academia de Ciências Policiais e o aumento de efectivos policiais de mulheres e criação de esquadras de atendimento de mulheres e crianças vítimas de violência e abuso sexual. A criação dos Gabinetes pretendia operar rupturas com o tratamento preconceituoso e discriminatório das esquadras em relação às mulheres vítimas de violência doméstica.

Na sequência deste Plano, foram criados os Gabinetes de Atendimento à Mulher e à Criança, tendo sido aprovada a introdução de Gabinetes piloto nas esquadras em 1988. Estes tinham por objectivos a formação dos agentes policiais em serviço nas esquadras, em atendimento às vítimas de violência doméstica (incluindo o registo tipificado dos crimes), o apoio à promoção da mulher polícia e a defesa dos direitos das viúvas dos agentes policiais, bem como a criação de um sector de recepção e tratamento dos processos das vítimas de violência doméstica na PIC.

Cerca de oito anos depois, estão criados Gabinetes em todas as províncias do país, embora ainda não em número suficiente para cobrir todos os postos policiais e com grandes lacunas que obstaculizam a melhoria do atendimento de casos de violência doméstica.

Ligados ao trabalho policial e essenciais para a produção de prova, estão os serviços de Medicina Legal cujo funcionamento é mais do que deficiente. Até ao final do ano 2006 havia 6 médicos legistas em todo o país. Os serviços de Medicina Legal encontram-se localizados nos quatro maiores hospitais centrais do país (Maputo, Sofala, Zambézia e Nampula), o que dificulta a elaboração de

³² Ministério do Interior (s/data), Programa de Apoio à Mulher, Maputo.

relatórios médico-legais que ajudem na produção da prova. Consequentemente, é frequente o arquivamento do respectivo processo-crime por falta de evidências.

Nos locais onde não existam serviços de Medicina Legal esta função é desempenhada por médicos em serviço nas unidades sanitárias e, no caso de agressões sexuais, por médicos ginecologistas, bem como por enfermeiros, nos casos em que aqueles não existam. A função destes é essencialmente fornecer apoio médico e proceder ao levantamento das lesões da vítima. No entanto, o relatório produzido nestas condições (falta de formação legista do pessoal e carência de recursos) apresenta lacunas que podem comprometer a elaboração do laudo pericial.

Quanto ao atendimento legal, embora por lei esteja prevista a assistência legal a todos os cidadãos, a ser prestada pelo Instituto para o Patrocínio e Assistência Jurídica do Estado – IPAJ, que se encontra implantado na capital e em cinco outras províncias, o grande trabalho de apoio às mulheres-vítimas com poucos recursos tem sido realizado por organizações da sociedade civil, nomeadamente a MULEIDE, a Associação Moçambicana das Mulheres de Carreira Jurídica, a Liga Moçambicana dos Direitos Humanos e outras associações de carácter local. Infelizmente, o seu alcance é ainda pequeno, sobretudo nas zonas rurais.

Não existe atendimento médico preferencial às vítimas de violência doméstica e o acompanhamento psicológico só é prestado, e com limitações, no Hospital Central de Maputo.

A educação

Um trabalho de análise das políticas públicas na educação, conduzido na WLSA Moçambique (Gomez, 2006), concluiu, sobre o Plano Estratégico de Educação, 2005-2009 (PEE II):

- i. O PEE II identifica como problema o acesso à educação, mas fala em geral como se afectasse a todos por igual, não referindo que as meninas enfrentam problemas de acesso acrescidos por serem do sexo feminino;
- ii. O Plano não questiona em nenhum momento as estruturas sociais que interferem com o exercício dos direitos por parte das mulheres e que

influenciam no acesso e na retenção das raparigas na escola, não propondo por isso outras medidas que possam impedir a reprodução dos mecanismos que produzem e reproduzem a desigualdade.

- iii. Embora se reconheça que é responsabilidade do Estado garantir educação de qualidade a todos os cidadãos, esta não aparece claramente e sob forma de “responsabilidade directa e única”.
- iv. Embora esteja referido em muitas metas a igualdade de género, para este efeito ela resume-se em aumentar a entrada de estudantes do sexo feminino. Não se propõe nenhuma medida ligada ao conteúdo dos *curricula*, a fim de combater crenças e valores discriminatórios das mulheres.
- v. Uma vez que “não se identifica claramente e em profundidade a situação das raparigas no concernente à educação, também não se assinala uma solução específica”.

Como se pode concluir, o principal problema deste Plano é que não se compromete com mudanças estruturais que contestem ou desafiem as estruturas sociais patriarcais que limitam e constroem o acesso das raparigas à educação. Para além disso, outros aspectos que constituem atentados graves contra os direitos humanos das mulheres devem ser assinalados ao nível da educação.

Em primeiro lugar, e como já referido anteriormente, é uma realidade a discriminação das raparigas que engravidam quando frequentam a escola: pelo Despacho nº 39/GM/2003 do Ministério da Educação, Gabinete do Ministro, de 5 de Dezembro, “É vedada a frequência para o curso diurno, nos níveis elementar, básico e médio do SNE, às alunas que se encontrem em estado de gravidez, bem como os respectivos autores, caso sejam alunas da mesma escola”. Esta disposição tem servido para penalizar as meninas mas nunca ou raramente os outros responsáveis pela gravidez, o que já foi denunciado:

“Permanece uma dúvida fundamental: pode haver algum motivo válido para justificar que a gravidez seja considerada crime? E, como tal, passível de punição? Não é em nome dos direitos humanos que esta posição é tomada. Não é também fruto de uma preocupação com a saúde sexual e reprodutiva das jovens. As razões só podem ser de ordem moral, de uma moral que restringe ainda o exercício da sexualidade ao âmbito

do casamento e que pune os transgressores. Só deste ponto de vista é que a gravidez é percebida como criando um “mau ambiente” nas escolas. Por isso, deixemo-nos de hipocrisias e digamos claramente como se vão passar as coisas daqui por diante:

- As meninas grávidas pagarão por todos – pelo docente que a violou (se for esse o caso), pela própria escola que não a educou a perceber o valor de uma vida sexual saudável e responsável, por todos aqueles que a deixaram sem apoio e sem encaminhamento.
- As meninas que engravidarem só raramente poderão prosseguir com os seus estudos – ou porque a escola não tem um turno nocturno ou porque, sendo de noite, não têm condições de segurança para se deslocar diariamente até lá.

Assim, às sanções que a jovem sofrerá por parte da família e do seu meio social mais restrito, acresce-se agora a pena que a escola lhe aplica. Depois de não ter realizado o seu trabalho de educação, a escola aponta o seu dedo a estas adolescentes e castiga-as. Retira-as para fora do sistema” (Arthur & Cabral, 2004).

Em segundo lugar, temos o número crescente de actos de abuso sexual e de violência contra as raparigas como já denunciado em várias instâncias³³. Em relação a esta situação, não só não se têm tomado as medidas que a situação exige, como ainda a escola tem servido de resguardo para impedir que as vítimas e os seus familiares apresentem queixa ao nível das instâncias nacionais de justiça.

Ximena Andrade
Maria José Arthur

³³ Veja M.J. Arthur, 2003, “Assédio sexual e violações nas escolas”, In: *Outras Vozes*, 3; Action Aid, 2006, *Violência Contra a Rapariga*, Maputo.

CAPÍTULO III – Percepção e prática da sexualidade na era do SIDA

Em 1981, foram publicados as primeiras ocorrências de patologias raras que viriam mais tarde a ser identificadas com o HIV/SIDA. Aparentemente, e inicialmente, elas apareciam circunscritas a áreas/centros urbanos de alguns estados dos Estados Unidos da América e ligadas a grupos de homossexuais. O desenvolvimento dos estudos epidemiológicos acabou, no entanto, por demonstrar que a doença estava muito para além da circunscrição a uma área geopolítica, associada a um estrato social ou a indivíduos de uma determinada orientação sexual, atingindo também grupos heterossexuais e crianças em vários continentes, e que se poderia vir a transformar na grande pandemia global do fim do século XX. Se, nos inícios da década de 80, a sexualidade dos portadores da doença marcou a epidemiologia, a nosso ver, a afirmação de Cristiana Bastos de que esta “apresentação de actores” seria sempre associada à nova doença/síndrome e, positiva ou negativamente, viria a influenciar quase todos os seus aspectos (Bastos, 2002: 42), continua a manter-se actual e válida para outros estudos e, muito em particular, para a África Subsaariana, tendo apenas mudado a “apresentação de actores”. Nesta região, o facto de uma das formas mais comuns de transmissão do vírus ser a via heterossexual, quando somada aos dados que indicam que o maior número de infectados são mulheres e jovens, acarreta o peso dos tabus, medos e estereótipos ligados à sexualidade e sua normalização social, acompanhados de fenómenos de inclusão e de exclusão.

Considerando que a sexualidade é uma construção social que assume características diferenciadas de acordo com as distintas culturas, o corpo e os significados que lhe são dados têm que ser entendidos como uma parte da formação da identidade individual e colectiva (Zampa, 2004). Historicamente, a sexualidade das mulheres, e por isso o seu corpo, foi sempre um terreno atravessado por distintas visões, poderes e mandatos, onde, entre tantos aspectos, se podem mencionar a religião, a família (o pai, o tio e os homens em geral), as políticas do Estado ou a economia, de acordo com a hierarquização

social (Gómez, 2002). Regras explícitas ou implícitas impostas pela sociedade influenciam assim a sexualidade de cada cidadã/ão.

O nosso grupo-alvo, constituído por jovens raparigas e rapazes pertencentes a grupos sociais e *status* económicos diferentes, faz parte de uma geração em que discutir a sexualidade e os seus corpos implica ainda alguma perturbação ou vergonha e/ou também a sexualidade é constrangida e reprimida, acabando por se limitar quase que apenas ao “cumprimento” do normado socialmente. Sem contar ainda que tudo isto se contextualiza numa época marcada por estigmas, mitos, medos e, em muitos casos, apesar dos processos de globalização da informação, por uma grande restrição no acesso ao conhecimento, bem como a serviços na área da saúde sexual e reprodutiva.

Nos estudos de carácter sociológico, a sociologia e a antropologia deram um contributo notável para a configuração da pesquisa sobre a sexualidade. Os estudos de género permitiram, por sua vez, o crescimento desta área, pela relação próxima que o campo da sexualidade mantém com o do género (Heilborn & Brandão, 1999). Embora os antropólogos se possam apontar entre os primeiros cientistas sociais a iniciarem estudos com abordagens sobre sexualidade, na realidade, foram a pandemia do SIDA e os temas associados às problemáticas da saúde reprodutiva que, em África, deram um impulso notável ao desenvolvimento de estudos sociais virados para esta temática. Pode assim dizer-se que, devido às novas questões que o SIDA colocou, sobretudo a partir das duas últimas décadas do século XX, esta doença contribuiu especialmente para que se passasse de estudos quantitativos relativos ao conhecimento, atitudes e comportamentos (CAP) sobre a sexualidade e factores de risco da doença, para a pesquisa qualitativa sobre *standards* sociais, representações e interpretações sobre trajectórias e situações de vulnerabilidade da doença. Com o SIDA também se fizeram avanços em estudos relativos à família, sexualidade, reprodução e direitos sexuais e reprodutivos, pela inter-relação existente entre estes temas. Mas foi a vertente de análise situada na linha de pesquisa de relações de género que deu origem aos estudos relativos à feminização do SIDA (Araia, 2003).

Tomando como base as categorias previamente definidas para a sexualidade e para o SIDA, no que diz respeito à formação de saberes, ao(s) sistema(s) de

poderes e às formas como os indivíduos podem e devem reconhecer-se como sujeitos produto de saberes, controlados pelas normas estabelecidas pelo(s) sistema(s) de poderes e os estudos de caso que foram objecto da nossa pesquisa nas zonas Sul e Centro de Moçambique, tentámos assim compreender as representações e práticas sobre a sexualidade entre as/os jovens na era do SIDA.

Ao tratarmos das representações da sexualidade e seu conhecimento, ITS/HIV/SIDA e suas práticas, bem como dos conflitos identitários a que os jovens têm que fazer face, entre “saber”, “ser” e “querer ser”, ao longo deste capítulo tentaremos compreender como a construção da identidade sexual de mulheres e homens nos permitirá conhecer quais os elementos que interferem com o exercício da sexualidade e a configuram. Os nossos pontos de referência para esta análise são os resultados do estudo empírico realizado nas unidades espaciais de estudo na cidade e na província de Maputo e nas províncias de Sofala e Zambézia.

1. As representações da sexualidade

As representações sobre sexualidade, no que se refere à aprendizagem, aos ritos e actores envolvidos na educação sexual dos jovens e à forma como essa informação é exposta pelo seu discurso, levaram-nos a analisar a relação entre as representações e as práticas sexuais, comparando o controlo do exercício da sexualidade entre raparigas e rapazes.

Ao nível do conhecimento, a primeira percepção que os jovens raparigas e rapazes têm sobre sexo, acontece no período que vai da pré-puberdade (por volta dos 10 anos) à puberdade, variando esta idade com o maior ou menor impacto que diferentes factores, que fazem parte da sua socialização, têm, de acordo com o sector social de pertença (escola, fora da escola, rural, urbano). São eles: a convivência na rua/bairro; a influência de amigos; a rádio, a televisão (incluindo filmes, muitos dos quais pornográficos, telenovelas e mensagens que estes meios tentam passar no que se refere às ITS/DTS/SIDA) e os *media* em geral, os ritos de iniciação, que no nosso estudo marcaram apenas o caso da Zambézia e, em particular, o distrito do

Alto Molocué. E tal como já foi verificado em outros estudos (Osório e Arthur, 2002), aqueles factores que representam, por um lado, uma alteração profunda aos meios de pertença, marcando assim uma ruptura com valores culturais-identitários e são, por outro lado, fundamentais na construção de uma identidade de género, produzem alterações sociais. São estas alterações que discutimos ao longo deste livro.

Vários estudos que tratam da socialização dos jovens e da sua sexualidade (Osório & Arthur, 2002; Osório, 2005) fazem frequentes referências ao facto dos ritos de iniciação ainda continuarem em prática em várias regiões de Moçambique, em particular nas rurais. Muitos deles dão ênfase especial ao papel que os mesmos desempenham na formação de identidades masculinas e femininas, com destaque para o facto de acentuarem “a importância da orientação androcática na construção da identidade feminina” (Andrade et al., 1998), que, por sua vez, reforça, valoriza e mantém sempre presente a dominação masculina, “sendo o lugar por excelência da aprendizagem e interiorização das práticas” (Osório & Arthur, 2002). Embora os nossos estudos de caso não possam ser conclusivos para confirmar ou rejeitar estas teses, já que dos locais onde trabalhamos a literatura apenas faz referência à Zambézia (Alta Zambézia) como uma área onde os ritos de iniciação são ainda aparentemente activos, tentámos re-problematizar o papel dos ritos na socialização dos jovens, tendo em conta os inúmeros factores de mudança introduzidos pela modernidade e sua radicalização (Giddens, 1998), e os consequentes processos de ruptura e continuidade.

Assim, nas unidades espaciais da baixa Zambézia (cidade de Quelimane e distrito de Inhassunge), incluídas no nosso estudo, os jovens raramente passam por ritos de iniciação. Estes são quase desconhecidos em Inhassunge, mas constituem um ponto de referência na cidade de Quelimane, já que, sendo a capital provincial de uma região que liga o Norte e o Sul do país, ela acaba por congrega no seu seio cidadãos provenientes de toda a província e de outras regiões do país, permitindo assim a existência de uma miscelânea de culturas. Para além do número reduzido de jovens por nós entrevistados que passaram pelos ritos de iniciação, para uma parte significativa dos raparigas e rapazes entrevistados que não tiveram essa experiência, eles aparecem como uma “escola de aprendizagem para a

vida”, particularmente no que se refere aos ensinamentos sobre a sexualidade, e quanto ao tipo de relacionamento que se considera adequado manter com os mais velhos e com a comunidade onde estão inseridos, destacando-se o “respeito” como o valor mais importante. Situação idêntica se verifica na província e na cidade de Maputo, onde o desconhecimento dos ritos é um denominador comum, salvo raríssimas exceções. No entanto, e tal como acontece em Quelimane, as/os que ouviram falar dos ritos têm-nos como uma experiência útil cujos ensinamentos devem ser valorizados³⁴.

No distrito do Alto Molocué (Alta Zambézia) pelo contrário, onde não passar por ritos de iniciação é que constitui uma exceção, confirmam-se as teses sobre o seu lugar privilegiado na formação de identidades masculinas e femininas e no reforço de uma orientação androcática que vai ditar o comportamento social de raparigas e rapazes, reforçando o poder masculino e o papel subalterno das mulheres.

Ainda neste distrito da Alta Zambézia, embora se possa continuar a afirmar que a influência da convivência com os amigos, da televisão, da rádio e de outros meios de comunicação social contribuem para a formação de identidades, particularmente nas áreas com influências mais urbanas, não poderemos deixar de reconhecer o papel primordial que os ritos de iniciação desempenham na socialização dos jovens. Particularmente entre as meninas podemos encontrar exemplos desta influência, começando pela aprendizagem anterior aos ritos de iniciação mais formais, onde muito jovens ainda elas são ensinadas a alongar os pequenos lábios vaginais com alguns membros mais velhos da família como é o caso das avós e com os grupos de amigas. Assim se inicia o aprendizado do papel que assumirão na vida adulta. Isso não significa porém que, em termos de conhecimentos e de práticas, não haja uma descontinuidade com os valores culturais transmitidos através de uma socialização embebida na tradição, e uma alteração, pelo menos em parte, dos meios sociais de pertença. É assim que, reafirmando os resultados preliminares da pesquisa se constata que, na

³⁴ É importante sublinhar que os depoimentos dos rapazes da Manhica, na Província de Maputo nos revelam que ao mesmo tempo que eles consideram os ritos de iniciação como uma referência positiva na educação dos jovens, não deixam de observar que eles também contêm uma carga negativa, como, por exemplo, o estímulo a casamentos prematuros.

socialização de jovens raparigas e rapazes, se assiste hoje à substituição gradual da família pelos amigos (dentro e fora da escola), havendo uma grande influência dos *media*, sem que, no entanto, se tenham ainda produzido compatibilidades entre os espaços público e o privado para a sua educação.

No que se refere ao exercício da sexualidade, os resultados do estudo mostraram que a vida sexual se inicia cada vez mais cedo, quer no campo quer na cidade, para raparigas e rapazes. São apontadas como razões para justificar esta situação, para os rapazes, necessidades biológicas, a curiosidade provocada pelos filmes (novelas, vídeos pornográficos), e os programas de prevenção contra ITS que advertem para o uso do preservativo; a necessidade de afirmar a masculinidade, e a pressão dos amigos. Parece-nos também importante sublinhar o facto apontado por um grupo muito pequeno de jovens do distrito do Alto Molocué de que, após os ritos de iniciação, nasce o desejo de experimentar uma relação sexual e de tentar o desconhecido, o que pode ser indicativo do início prematuro da vida sexual. Para o caso das raparigas, são apontados a pressão dos namorados, normalmente mais velhos, muitos dos quais “pedem uma prova de amor”, a influência das amigas já iniciadas, a pobreza e a ambição (muito sublinhadas como uma forte motivação nas Províncias de Maputo e Zambézia) e o desejo de não serem humilhadas por serem virgens pelo grupo de amigas ou pelos rapazes. No caso das raparigas também se aponta ainda, e mais uma vez com destaque para a Zambézia, a particularidade de, nas zonas rurais, os próprios familiares estimularem os casamentos prematuros. Como se analisa mais à frente, as alegações de sobre a degradação de costumes que apontam o início precoce da vida sexual, na verdade referem-se às relações sexuais não controladas.

Não podemos, no entanto, dissociar o início da vida sexual de muitos jovens, particularmente dos centros urbanos, das rápidas mudanças sociais e políticas que ocorrem, com impactos na sua vida, muitos dos quais negativos (falta de perspectivas para o futuro, dificuldade de acesso à escola e a um emprego, etc.) que são tão bem ilustrados por estas falas:

“A vida sexual deve ter início aos 14 anos. A nossa esperança de vida é tão baixa, que não dá para começar muito tarde. (...) Pode-se perder muita coisa da vida sexual” (cidade de Maputo, DU1, rapaz fora da escola).

Ou ainda:

“Na prática, a vida sexual inicia-se muito cedo. O tempo está muito acelerado. Se um jovem atinge os 17 anos antes de iniciar a vida sexual, é como se estivesse perdido no mundo” (Quelimane, rapaz dentro da escola).

Estes depoimentos ilustram mais uma vez as múltiplas influências culturais que atravessam a formação de identidades de jovens de ambos os sexos. Essa precocidade vem acentuar as vulnerabilidades deste grupo para a contaminação por ITS/HIV/SIDA. Este conjunto de problemas sugere-nos, ao mesmo tempo, quer a premência de levar a cabo estudos mais aprofundados sobre a sexualidade dos jovens e a formação de identidades, quer a necessidade de uma reproblemática de questões culturais que têm impacto na sexualidade dos jovens, num contexto actual.

Este estudo vem também reconfirmar que a primeira relação sexual, sobretudo para as raparigas, marca uma etapa importante da sua vida do ponto de vista físico e emocional, e que as razões que motivam a primeira relação sexual são marcadas pelas diferentes trajectórias vivenciadas por raparigas e rapazes no seu processo de socialização, onde a rede de vínculos de amizade ocupa um espaço fundamental.

Para a maioria das/os jovens, embora não haja propriamente uma idade ideal para o início da vida sexual, são feitas constantes observações de que esta deve ser guiada pela maturidade de ambos os sexos e pela existência de uma relação de confiança e amor, sobretudo para as raparigas. Verifica-se, no entanto, uma referência marcante à idade média de 18 anos, e em alguns casos, mais raros, um pouco acima desta média, como correspondente a essa mesma maturidade.

Não podemos também deixar de mencionar que, para alguns jovens, a idade para o início da vida sexual varia de acordo com: i) o sexo (os rapazes devem iniciar essa actividade mais cedo por necessidades biológicas), e ii) as necessidades biológicas para ambos os sexos, embora menos raramente referido para as meninas: “quando o corpo pede” (Província da Zambézia). Foi no entanto difícil saber qual a percepção dos jovens sobre com quem se deve iniciar a vida sexual e em que circunstâncias, já que as opiniões variavam entre o/a namorado/a e o/a marido/mulher, na base da discussão entre a virgindade/castidade antes do casamento e a necessidade ou não de ter uma experiência sexual antes do casamento, para um melhor conhecimento entre o rapaz e a rapariga. Mesmo assim, ficou claro que a maior parte das leituras que as/os jovens fazem sobre o amor e o exercício da sexualidade estão muito influenciadas por uma socialização marcada pela hierarquização típica de uma sociedade patriarcal, onde a virgindade, mesmo quando considerada como uma situação ideal, já que é cada vez mais rara em todos os meios, é dirigida à rapariga, porque é o homem quem deve ser o mais experiente, e “orientar” o exercício da sexualidade. Esta posição não se circunscreve apenas à opinião dos rapazes, mas, em muitos casos, com uma maior incidência fora da escola, à posição que as próprias raparigas interiorizaram.

Numa linha semelhante à acabada de mencionar, poderíamos também interpretar a opinião das jovens raparigas e rapazes sobre a aprendizagem do exercício da sexualidade e igualdade de direitos neste campo, bem como o direito ou não ao prazer sexual poder ser partilhado em igualdade de circunstâncias por homens e mulheres. Sublinhe-se no entanto, que quanto a este aspecto foi possível observar claramente uma indecisão entre as práticas das/os jovens e o que elas/eles consideram ser politicamente correcto, quando se trata de discutir os direitos de homens e mulheres, o que voltaremos a abordar no capítulo seguinte, sobre os direitos sexuais e reprodutivos, onde é possível marcar com mais clareza a diferença que existe entre o “ser” e o “querer ser”, como está patente na opinião de uma jovem entrevistada num mercado do Alto Molocué, a propósito da aprendizagem do exercício da sexualidade e do direito ao prazer:

“Nós, mulheres, fomos educadas para dar prenda³⁵ aos nossos maridos. Eles também deviam ser educados para nos dar prendas. (...) Isso de dar presente, deveria ser igual para os dois!” (Mercado Feira, distrito de Alto Molocué-sede)

Este exemplo ilustra o padrão de ensinamentos transmitidos pelos ritos de iniciação, mas também a sua contestação. Esta fala dá igualmente uma imagem do direito absoluto que o marido tem sobre o corpo da mulher e a obrigação desta de o servir e agradar.

A reforçar a ideia de que as mulheres não têm o direito de ter iniciativa quando se trata de obtenção de conhecimentos e direito ao prazer, uma outra jovem do Bairro Fomento, na Cidade da Matola, afirmava:

“A mulher deve saber menos, pois é o homem quem deve saber mais, porque as funções de ambos são meramente diferentes!”

O discurso quotidiano usado pelos jovens pode ajudar-nos a compreender o que a sexualidade representa para eles. Os nossos estudos de caso mostraram que, no seu círculo restrito de amigos, os rapazes empregam uma linguagem específica com expressões que são comuns a todas as unidades espaciais estudadas, a outras mais específicas para cada região do país, mas que, salvo raras excepções, se situam particularmente nos centros urbanos. Essa linguagem raramente é utilizada por raparigas, um reflexo da forma como foram socializadas, ou, como dizem alguns rapazes, elas utilizam expressões “menos pesadas”, o que atribuem à sua “natureza feminina” ou à timidez.

A maioria das expressões utilizadas pelos rapazes, para se referirem a uma actividade sexual (“atacar”; “conquistar”, “apertar”; “raspar”; “dar um slow”; “bater bloco”, etc.), reflecte claramente a dominação masculina nas relações de género. Outras expressões espelham ainda a forma como se fazem apropriações das representações negativas sobre a sexualidade. É assim que os temores criados pela socialização sexual e o controle exercido a vários níveis sobre o comportamento dos jovens acabam por considerar a maior parte das suas condutas “irresponsáveis” no campo da sexualidade. E

³⁵ Significando neste caso prazer sexual.

quando esse conceito de responsabilidade aparece associado à capacidade económica para assumir as consequências da sexualidade (por exemplo, uma gravidez), aos rapazes é permitido e até naturalizado, como já referido, manter múltiplas parceiras, enquanto as raparigas que o façam, são apelidadas, por exemplo, de “vampiras”, “piranhas” ou “jumpistas” (que saltam de relação em relação). Quando se trata de casos de inclusão ou exclusão grupal, as expressões utilizadas pelos jovens ligam-se normalmente com o ser ou não ser virgem/casto, ter ou não ter experiência sexual. Usam-se assim expressões como “matreco”/a ou “fora do prazo”, entre tantas outras, para designar os/as que não passaram ainda por essa iniciação. No caso das expressões ligadas ao HIV/SIDA, elas deixam ver claramente os receios dos jovens por ser uma doença incurável, a consciência da sua gravidade, e as representações da doença como tendo um rosto de mulher: “Sidinha”, “Sidoca”, “Suja”, “febre-amarela”, ou ainda “viajar no século”³⁶, apenas para referir alguns exemplos seleccionados entre as expressões que nos pareceram mais ilustrativas. As ligadas às ITS, embora menos comuns, não deixam de reproduzir a mesma realidade (“queimado”, “raspado”, etc.).

Ainda no que diz respeito à sexualidade, as raparigas e os rapazes apontam, em regra, a casa e a escola como os lugares onde recebem informações relativas à vida sexual. Para outros, os ritos de iniciação representam um importante espaço de aprendizagem neste domínio. São ainda os mesmos jovens que sublinham que a escola, mesmo oferecendo conhecimentos limitados, é um espaço onde há mais abertura para obter um maior conhecimento e informação sobre este tema, através de alguns programas curriculares e, em alguns casos, através do trabalho dos activistas que trabalham em programas de saúde sexual e reprodutiva. No que se refere aos ritos de iniciação, embora exercendo uma importante função para os jovens na aprendizagem da sexualidade ficou claro que o uso do preservativo não é discutido (entrevista com membros do Conselho de Escola no distrito de Alto Molocué), já que se estimula a virgindade antes do casamento.

³⁶ A expressão “viajar no século” refere-se a raparigas cujo comportamento revela grandes mudanças em relação ao que é considerado padrão; por seu lado, a expressão “febre amarela”, embora se refira a uma doença que foi erradicada em Moçambique, está associada a morte.

Como em outros casos já observados (Osório, 2004), durante a puberdade, são ministrados às raparigas conhecimentos básicos sobre higiene e sobre como “resguardar” o seu corpo para evitar doenças de transmissão sexual ou uma gravidez, situação muito bem ilustrada a partir da expressão “não brincar mal”, tão popularizada nas províncias de Sofala e Zambézia. É-lhes ensinado assim como moldar o seu comportamento de acordo com as normas sociais vigentes relativas ao controlo da sexualidade. A nível da escola, ela aprende a diferenciar a anatomia masculina da feminina, regras de higiene, mas como muito bem diz Osório (2004), é nos círculos de amigas, ou em alguns casos mais raros, através dos activistas que trabalham na escola em saúde sexual e reprodutiva, que ela aprofunda a sua curiosidade e alguns dos seus conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva. No caso dos rapazes, estes são simplesmente abandonados a si próprios, e só em casos excepcionais recebem qualquer tipo de aprendizagem por parte do pai, tio ou outro parente adulto do sexo masculino. Tal como sucede com as raparigas é junto dos amigos e na escola que os jovens encontram espaço para clarificar dúvidas, satisfazer a sua curiosidade e construir algum saber.

A maioria dos jovens entrevistados durante o estudo imputou em primeiro lugar à família e a seguir à escola e ao Estado (que neste caso pode ser interpretado como o sector da saúde ou da educação) a responsabilidade de transmitir aos jovens conhecimentos sobre sexualidade, comportamentos de risco e a sua educação em geral.

Alguns estudos (Osório & Arthur, 2002) mostram que, tradicionalmente, durante os ritos, os pais conferem papel relevante a alguns “notáveis” com legitimidade para assumir essa responsabilidade, como os anciãos ou pessoas mais velhas na família, como tias/os e avós. A revisão da literatura também refere frequentemente que a “modernização” da sociedade e as mudanças profundas que esta foi sofrendo, acabaram criando um vazio entre a ausência dos que tradicionalmente tinham essa missão e os pais que não estão preparados para os substituir, porque nunca foi essa a sua função (Osório & Arthur, 2002). Estamos assim, perante laços sociais e identidades, muitas das quais em processo de construção que, ao serem precarizadas, tornam cada vez mais difícil o ser-se jovem. Na realidade, quando se fala de

mutações culturais, seja ao nível mais global ou nacional, quando se trata da prática e do comportamento dos jovens, a família aparece sempre como um parâmetro crítico (Laire, 2001), e nisto Moçambique não se diferencia do resto do mundo.

2. Da sexualidade ao conhecimento das ITS e do HIV/SIDA

Depois de identificarmos uma série de factores que intervêm na apropriação do conhecimento sobre a sexualidade e que desempenham um papel vital na formação de identidades masculinas e femininas, é importante percebermos as várias dimensões de informação e conhecimento sobre a prevenção e a transmissão das ITS e do HIV/SIDA entre as/os jovens.

O SIDA não é apenas uma doença de transmissão sexual, mas reflecte toda a problemática da sexualidade, o normativo social que lhe está associado e os decorrentes constrangimentos comportamentais. Os conhecimentos e as práticas inerentes às ITS/HIV/SIDA não podem assim ser dissociados do conjunto de condutas, símbolos, ideias, valores e normas comportamentais geradas em torno da diferença sexual e promovidas no contexto das relações de poder, que atribuem ao homem uma posição dominante. As percepções e o conhecimento sobre o HIV/SIDA, influenciados por estas normas, vão assim determinar a noção de risco e o comportamento sexual das/os jovens, na era do SIDA.

Introduzir o conceito de risco no tratamento e interpretação social de temáticas sobre ITS/HIV/SIDA, parece-nos perfeitamente adequado ao nosso estudo, primeiro, porque se considerarmos este conceito como a probabilidade de que um acontecimento particular adverso possa ocorrer num determinado espaço de tempo, provocando mudanças, ele é já utilizado no campo da epidemiologia (Nunes, 2002). Segundo, porque estamos a tratar de um período de mudanças profundas a nível global e local, onde a família e vários domínios do quotidiano se vão tornando menos previsíveis, perante a “segurança versus perigo e da confiança versus risco” (Giddens, 1998: 5), oferecidos pela “radicalização das consequências da modernidade” (Giddens, 1998: 2). Os domínios da vida social são assim cada vez mais atingidos pelo desemprego, a pobreza, a violência, a insegurança social e também a doença.

A nível da percepção, embora a maioria dos jovens por nós entrevistados (particularmente fora da escola) restrinja a doença a um mal-estar físico e

raramente associado a um mal-estar psicológico, a noção de risco parece-lhes mais abstracta, quando se fala de “risco de vida”. Para a maior parte dos que foram capazes de a caracterizar, esta percepção aparece associada a uma doença grave ou considerada fatal.

Contraditoriamente com a dificuldade em caracterizar a noção de risco, quando se trata de “risco de vida”, fica claro que a quase totalidade dos nossos entrevistados assume que as/os jovens de hoje estão mais expostas/os ao risco de contrair uma ITS/HIV/SIDA, justificando essa afirmação pelas seguintes razões: praticarem sexo não protegido; possuírem múltiplas parceiras; não acarretarem os conselhos sobre ITS e suas formas de contaminação, ou não acreditarem que o SIDA exista. Há ainda alguns jovens que declararam não confiar nos serviços de saúde e na seriedade de alguns dos seus funcionários quando se trata de HIV/SIDA (posto administrativo de Ressano Garcia, rapariga fora da escola). Da mesma forma, quase todos os nossos entrevistados conhecem pelo menos uma forma de protecção contra a transmissão de uma ITS: o uso do preservativo masculino. Já no que se refere ao preservativo feminino, ele é relativamente conhecido na cidade de Maputo, sobretudo entre as/os jovens estudantes e menos conhecido nas cidades da Matola, Beira e Quelimane. Nos distritos do Dondo, Alto Molocué, Inhassunge, Manhica e no posto administrativo de Ressano Garcia, esse conhecimento é ainda menor, agravando-se por conseguinte esta situação nas áreas rurais e no geral, fora da escola. Daí que poucos dos nossos entrevistados se tivessem pronunciado sobre a sua fiabilidade como protecção contra a infecção por uma ITS, ao contrário do preservativo masculino onde apenas em casos excepcionais se colocou a sua segurança em dúvida, por se considerar a eventualidade da sua pouca resistência.

No contexto do HIV/SIDA não podemos deixar de mencionar a existência da percepção de risco perante a pobreza. Quando não se tem nada e não se vislumbra esperança de vir a ter algo, o SIDA perde qualquer importância. Ilustrando esta situação, um jovem do sexo masculino (posto administrativo de Ressano Garcia) dizia-nos: “Não tenho emprego, não tenho que comer. Com ou sem o SIDA, de qualquer modo acabo por morrer!”

Um balanço geral sobre o nível de conhecimentos que a maioria dos jovens raparigas e rapazes têm sobre HIV/SIDA levar-nos-á sem dúvida a afirmar que, com raras excepções, eles sabem que o SIDA é uma doença incurável, que mata e que uma das suas formas de transmissão é pela via de relações heterossexuais. E, tal como referimos para as ITS, no geral, também sabem que o preservativo masculino protege contra a sua contaminação. Os jovens dentro da escola, com destaque para a Província de Maputo, as cidades de Maputo, Quelimane e Beira, bem como para o distrito do Dondo, fazem também, invariavelmente, referência à transmissão do SIDA através de objectos cortantes e perfurantes não esterilizados e de sangue contaminado.

Quando se trata de distinguir o HIV do SIDA, parece mais difícil à maioria dos jovens raparigas e rapazes fazê-lo, particularmente fora da escola, havendo mesmo casos de alguns que referem que o HIV tem cura e o SIDA não (Alto Molocué; Dondo e Inhassunge, por exemplo), ou o contrário, que o SIDA se cura e o HIV não (posto administrativo de Ressano Garcia). O mesmo já não poderemos dizer quando se trata de conhecimentos ligados a: outras formas de transmissão do vírus (transmissão vertical); diagnóstico; testagem (em que consiste o teste, onde recorrer e procedimentos); serviços disponíveis para aconselhamento e tratamento (tipo de tratamento, acesso e serviços disponíveis). Para estes casos, pode dizer-se que se verifica que o nível de conhecimento é nitidamente influenciado e marcado pelo espaço social de pertença, verificando-se um maior conhecimento dentro da escola que fora desta, e igualmente um maior conhecimento nas áreas urbanas e urbanizadas do que nas rurais, sem contar com variáveis como classe e meio social. Uma boa ilustração desta situação é o próprio facto de um número considerável de raparigas e rapazes fora da escola, no distrito do Dondo, associar a transmissão do HIV/SIDA a uma consequência de não cumprimento de rituais de purificação depois de um aborto, quando a mulher mantém relações sexuais com “sangue quente” ou ainda quando também tem relações sexuais depois da morte de um familiar próximo, como por exemplo de um filho, sem cumprir os rituais de purificação. Um outro exemplo, nalguns postos administrativos em Inhassunge (zona rural), foi a identificação do SIDA com um acto de feitiçaria, e uma vez que “SIDA é mataoa” (feitiço), a única solução que se encontra é matar (“catanar”, na expressão popular) o causador de tal feitiço!

Se quisermos avaliar o nível de conhecimento sobre ITS/HIV/SIDA por sexos, poderemos concluir que é fora da escola onde se verifica uma maior distância entre os conhecimentos dos rapazes e os das raparigas (neste caso menor), particularmente nas áreas rurais, destacando-se aqui o distrito do Dondo na província de Sofala, o da Manhiça e o posto administrativo de Ressano Garcia, na província de Maputo, e um aumento do desconhecimento nos distritos de Inhassunge e Alto Molocué. Estes dados vêm mais uma vez ilustrar a forma como a identidade feminina é construída, onde a falta do conhecimento sobre o seu corpo e o não controlo da sua sexualidade limitam a sua capacidade de se proteger contra uma gravidez indesejada e de ser contaminada por uma ITS. Mas é sobretudo quando guiadas pelos conhecimentos provenientes dos diferentes meios de pertença que as orientam, que as mulheres são levadas a assumir uma posição passiva e subalterna no contexto de qualquer cópula que, em suma, lhes retira a capacidade de poder negociar “sexo seguro”.

No campo de obtenção do conhecimento, a escola tem também um papel de destaque, já que a maioria das pessoas, com algumas excepções na Província de Maputo, referiu o acesso ao conhecimento através de grupos de activistas, cantos de aconselhamento, palestras e outras actividades curriculares e extracurriculares organizadas pelas escolas. Nas províncias onde há actividade da Geração Biz, como são os casos da cidade de Maputo e da província da Zambézia, dentro e fora da escola, há referências constantes à sua actividade no âmbito de transmissão de conhecimentos. A televisão e a rádio são também mencionados como meios de transmissão de informação, dentro e fora da escola, com destaque para a rádio no que se refere a raparigas e rapazes fora da escola. A confirmar o que foi observado várias vezes neste capítulo, a família, e particularmente os pais, são apontados menos frequentemente como fonte de transmissão de conhecimentos sobre estes assuntos. São excepções a esta situação, as referências feitas em centros urbanos, sobretudo na cidade de Maputo, com destaque para as nossas entrevistadas do sexo feminino dentro da escola, e em particular no ensino privado, onde o meio de pertença acaba por jogar um papel diferente nesta tendência.

Como se refere neste estudo, quando se trata das leis e das políticas públicas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos e do HIV/SIDA, as políticas de combate ao HIV/SIDA situam-se em três diferentes linhas: prevenção, terapia e mitigação. Ao nível de acções de prevenção e existência de serviços virados para as mesmas, dentro e fora da escola, as nossas questões centraram-se na Geração Biz (que, de entre as nossas unidades espaciais de estudo, apenas não abrangia a província de Sofala); GATV – Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária, no SAAJ – Serviço de Amigos dos Adolescentes e Jovens, e na “Linha Alô Vida – 149”. Os objectivos destes serviços e suas características foram já tratados no capítulo anterior. Sublinhe-se, no entanto, que nenhum destes serviços contempla a área de direitos sexuais e reprodutivos e de saúde, limitando-se a funcionar apenas ao nível da prevenção, em moldes bastante conservadores.

Geração Biz

Exceptuando o caso da Província de Sofala, como referido, as outras unidades de estudo têm programas de informação, educação e comunicação para jovens e adolescentes, em coordenação com os Ministérios da Saúde, Educação (jovens nas escolas) e Juventude e Desportos (jovens fora das escolas), ligados à Geração Biz. Sublinhe-se, entretanto que, em Sofala, estas actividades são realizadas por outros grupos de activistas, com o apoio de organizações, com destaque para a GTZ-Saúde e outras ONG’s que trabalham também em programas de prevenção e realizam actividades juvenis em cantos/cantinhos de aconselhamento, SAAJ e nos GATV’s. Refira-se também que, em termos de abrangência do trabalho da Geração Biz, a cidade de Maputo está numa situação privilegiada tal como a Província da Zambézia, em que o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), que tem um programa virado para a saúde sexual e reprodutiva.

Na sequência do que foi acima referido, os serviços prestados no aconselhamento aos jovens, na área de saúde sexual e reprodutiva com a participação da Geração Biz, são conhecidos pela maior parte dos raparigas e rapazes dentro e fora da escola na cidade de Maputo. Na Província de Maputo, por sua vez, nota-se a presença destes serviços na cidade da Matola

(área urbana), enquanto no distrito da Manhica e no Posto Administrativo de Ressano Garcia (áreas rurais) existe um grande desconhecimento em relação aos mesmos, com maior incidência fora da escola. Na cidade de Quelimane repete-se esta mesma situação. Nos restantes distritos da Zambézia que constituíram os nossos estudos de caso, por exemplo, em Inhassunge, aqueles serviços eram quase desconhecidos na altura em que fizemos o trabalho de campo (2005). As actividades de prevenção e os serviços oferecidos aos jovens eram bastante restritos e fora do âmbito do trabalho da Geração Biz que não tinha qualquer inserção no distrito. No Alto Molocué, na sede do distrito e dentro da escola, os serviços da Geração Biz são conhecidos, não acontecendo o mesmo fora da escola, sobretudo entre mulheres. À medida que nos afastamos da sede do distrito, diminui também o acesso a serviços, reduzindo-se, portanto, a capacidade de transmissão de informações.

É importante notar ainda que embora dizendo conhecer a Geração Biz e conseguindo, pelo menos, identificá-la como um grupo de jovens que faz aconselhamento na área de ITS/HIV/SIDA e prevenção de gravidez, a maior parte dos jovens não participou nas suas actividades, sobretudo fora da escola. As suas acções de maior popularidade e aderência são o teatro e as palestras. A análise dos resultados de pesquisa também nos revelou que a informação transmitida através dos programas da Geração Biz nem sempre chega correctamente e na sua totalidade aos seus destinatários, sem esquecer que as mensagens têm limitações no que respeita à perspectiva de DDHH. Assim, parece-nos importante que se venha a fazer uma reflexão sobre o impacto destes serviços junto dos jovens, tomando em consideração os factores anteriormente mencionados, como é, por exemplo, o meio social de pertença.

Cantos/cantinhos de aconselhamento

O conhecimento sobre os serviços prestados pelos cantos/cantinhos de aconselhamento pode talvez situar-se a um nível muito semelhante ao que os jovens da cidade de Maputo e da província da Zambézia demonstraram ter sobre a Geração Biz. Sublinhe-se, no entanto que, fora da escola, sobretudo fora das cidades de Maputo e Quelimane, estes serviços são em número reduzido ou

inexistentes nalguns distritos. No distrito de Inhassunge, por exemplo, havia em 2003 apenas um Canto/SAAJ nas instalações do hospital rural, quase desconhecido e pouco frequentado; no distrito do Alto Molocué, em 2004, havia dois Cantos/SAAJ sendo um no hospital rural, ambos pouco conhecidos. Na Província de Sofala, em 2004, a situação era idêntica, com apenas um Canto/SAAJ fora da escola no distrito do Dondo e uma situação mais privilegiada dentro da escola. Na cidade da Beira a situação é quase idêntica à da cidade de Quelimane, onde os jovens dentro da escola têm conhecimento sobre estes serviços, apesar dos baixos índices da sua utilização. É ainda de destacar que nesta cidade encontrámos algumas escolas privadas tuteladas pela Igreja Católica com cantos de aconselhamento e grupos de activistas, situação inédita se comparada com as outras escolas privadas das outras unidades espaciais de estudo. Fora da escola, há também um grande desconhecimento sobre estes serviços. Há que referir que, em outras unidades de estudo, dentro da escola, ou se formaram activistas, faltando, porém, o local e ou/mobiliário para instalar estes serviços, como é o exemplo da escola secundária do Dondo, ou os serviços tiveram uma vigência efémera. Para o último caso, poderemos mencionar o exemplo do distrito da Manhiça, onde o canto de aconselhamento da escola secundária funcionou apenas durante um período de seis meses. O mais espantoso foi termos verificado que o SAAJ que funciona no complexo de atendimento ao HIV/SIDA, implementado pela Generalita de Catalunha, no centro de saúde da sede do distrito, contraparte destes serviços na área de saúde, não tinha conhecimento desta situação.

SAAJ

É um serviço relativamente novo, oferecido pela área de saúde, mas que deveria desempenhar um papel importante junto dos jovens, em termos de transmissão de conhecimentos e aconselhamento na área de saúde sexual e reprodutiva. Constatámos que nas unidades espaciais estudadas, a chamada tríade entre a educação, a juventude e os desportos e a saúde, na prática funciona com deficiências, o que se reflecte no próprio conhecimento e frequência do SAAJ pelas/os jovens, já que este serviço lhes é especificamente destinado. Assim, o SAAJ é praticamente desconhecido fora das escolas e dentro das escolas muito poucos estudantes e em alguns casos, até professores, ouviram falar dele ou sabem exactamente o que é e

para que serve. Uma das muitas ilustrações que poderemos trazer sobre esta situação, é o exemplo dos jovens que trabalham no mercado da sede do distrito da Manhica, que desconhecem a existência do SAAJ, apesar de este estar situado a uma distância aproximada de uma rua do seu local de trabalho. Alguns dos SAAJ por nós visitados nas unidades sanitárias estão discretamente localizados. Outros, pela sua situação física, horários de funcionamento e sua relação com as doenças de transmissão sexual têm muita visibilidade, tornando-se a sua frequência constrangedora para os jovens.

GATV

Como também referido no capítulo desta obra que trata de jovens na lei e nas políticas públicas, embora a consulta destes serviços traga também alguns constrangimentos aos seus utentes jovens, pela discriminação social que recai sobre qualquer doença que se refira ao fórum sexual, é talvez de todos os serviços o mais conhecido, sobretudo nas áreas urbanas e com uma grande incidência dentro da escola. Refira-se, no entanto, que o número de jovens que frequentou os seus serviços é ínfimo, e menor ainda o dos que fizeram testagem voluntária, apesar dos GATV serem considerados a entrada para os serviços de saúde pois incluem o encaminhamento para a fase de tratamento, no caso de jovens infectados pelo HIV. Pesa também contra a utilização destes serviços, em algumas unidades sanitárias, a sua localização física e o facto de os mesmos serem utilizados pelas consultas de referência (fora da testagem voluntária) de mulheres grávidas e doentes que não podem pagar uma análise clínica, o que acaba por aumentar os preconceitos e o estigma referentes ao SIDA.

Alô Vida – 149

A utilização de um serviço de aconselhamento feito na base da linha telefónica implica à partida a definição do perfil dos seus utilizadores, dado que a cobertura dos serviços telefónicos não abrange grandes extensões nas áreas rurais. Mesmo que consideremos a popularização dos telefones móveis e a extensão da sua rede a grandes áreas do país, este meio de transmissão de informações e de aconselhamento na área das ITS/HIV/SIDA continua ainda

a ser determinado pelo meio de pertença social dos seus utentes. É assim que, na cidade de Maputo, este serviço é conhecido por um grande número de jovens raparigas e rapazes dentro e fora da escola, embora apenas uma parte dos mesmos o tenha utilizado por nunca ter tentado ligar ou porque as linhas estão sempre ocupadas. Na província de Maputo, no geral, há poucos casos de utilização destes serviços. Mesmo assim, os jovens que conhecem o objectivo da linha 149, observam:

“A vantagem deste serviço é que é gratuito e está sempre disponível para os jovens; a maior vantagem é que aquele que tem medo de dar a cara pode falar para expor a sua dúvida, preocupação, já que a pessoa não é reconhecida pela voz, e para o caso de ser seropositivo, sem ter que enfrentar os médicos cara a cara e poder sentir-se mal e discriminado” (jovens fora da escola, Cidade da Matola).

Este depoimento é também uma boa ilustração dos receios que os jovens demonstram em recorrer a serviços de aconselhamento, já que os mesmos não lhes oferecem nem a confiança nem o respeito previstos nos direitos humanos dos jovens.

Nas outras capitais provinciais como Quelimane e Beira, o serviço é um pouco menos conhecido mas igualmente raramente utilizado. Já no que se refere aos distritos do Dondo, Inhassunge e Alto Molocué, ele é praticamente desconhecido. Não fugindo muito das constatações feitas em relação a outras formas de conhecimento, também aqui encontramos um grande desconhecimento destes serviços fora da escola.

As dimensões da percepção e conhecimento sobre o HIV/SIDA entre os jovens e os factores que intervêm para a apropriação desse mesmo conhecimento, onde espaços como a escola e a família são elementos fundamentais para a sua aquisição, necessitam de ser relacionados com as práticas do exercício da sexualidade para uma melhor compreensão da problemática da feminização do SIDA em Moçambique.

3. Entre a percepção e a prática da sexualidade na era do HIV/SIDA

Para estabelecer a relação entre o conhecimento e as práticas da sexualidade entre os jovens, alargámos a nossa análise aos conhecimentos adquiridos sobre prevenção de gravidez e sua relação com a protecção de uma ITS/HIV/SIDA, e o prazer sexual, ao mesmo tempo que abordávamos as práticas individuais, o que nos permitiu não só reconfirmar o tipo de conhecimentos adquiridos, como verificar a existência de uma barreira (provocada pela socialização) entre o nível de conhecimentos adquiridos e as práticas, que nem sempre tomam em consideração os impactos do comportamento sexual de risco. Ao mesmo tempo e através das contradições entre as diversas respostas dadas, foi, em muitos casos, possível detectar as “politicamente correctas”.

Quando questionados sobre o que faziam para se protegerem contra a possibilidade de uma contaminação por ITS/HIV/SIDA, a maioria das raparigas e rapazes respondeu que usavam preservativo sempre que tinham uma relação sexual. Há depois outro tipo de respostas complementares ou menos significativas por não serem representativas, sobre a opção individual de protecção contra a contaminação, como: abstinência, diminuição do número de parceiros sexuais, ou ainda, a não utilização de objectos cortantes e perfurantes não esterilizados.

Parece-nos também relevante referir as circunstâncias que determinam a não utilização do preservativo entre os jovens entrevistados, pela importância que este padrão de respostas teve na nossa análise. Para o caso específico dos rapazes: com a namorada com quem tem uma relação de confiança; com a namorada se ela não estiver no período fértil; com a esposa. Quanto às raparigas: as que nunca usaram preservativo porque só tiveram um único parceiro em toda a vida e são casadas ou vivem maritalmente; depois de estabelecida uma relação de confiança com o namorado; o preservativo é usado na maior parte dos casos quando querem evitar a gravidez. Estas tendências são quase idênticas em todas as unidades espaciais estudadas.

Quando se trata de discutir quem deve propor o uso do preservativo, a maior parte das respostas dadas pelas raparigas e rapazes nas escolas, é que ambos o devem fazer, com vista a garantir uma relação sexual segura. Porém, as raparigas consideram que nem todos os rapazes estão preparados para aceitar que tal tipo de proposta possa partir de uma mulher. É também importante mencionar nas várias unidades espaciais de estudo a posição de algumas raparigas que consideram que as mulheres deveriam tomar a iniciativa de propor ao seu parceiro o uso do preservativo para garantir a sua protecção, e lutar para manter esta postura. Já no que se refere às experiências individuais sobre o uso do preservativo, encontrámos algumas raparigas e rapazes que nos relataram experiências positivas sobre o seu uso e outros que reagiram mal à proposta de utilização de preservativo, considerando essa sugestão como desconfiança ou traição por parte do/a parceiro/a, atentado à masculinidade, ou mesmo absolutamente inadmissível, sobretudo quando vinda da namorada/esposa. Convém sublinhar que o caso mais excepcional que encontrámos ao longo do nosso estudo foi no distrito de Inhassunge (em 2003), fora da sede distrital, onde foi possível identificar mulheres no mercado que nunca tinham visto ou nunca tinham ouvido falar do preservativo, e uma opinião generalizada de que a maioria das pessoas deste distrito não usa preservativo, sendo até ideia corrente entre vários cidadãos que o “preservativo é utilizado apenas para fazer balão” ou bolas de futebol para as crianças (Posto administrativo de Gonhane-sede, dentro e fora da escola).

No que concerne os métodos contraceptivos, a maioria dos jovens elegeu em primeiro lugar o preservativo como o método mais seguro e o único que também pode proteger contra a contaminação por uma ITS. Seguiram-se a pílula, o calendário da fertilidade (mencionado sobretudo pelas raparigas dentro da escola) e, mais raramente, o dispositivo intra-uterino e outros métodos de controlo da natalidade. Nas áreas rurais aparecem raramente e apenas entre as mulheres, referências a métodos tradicionais de controlo de gravidez, havendo disso alguns exemplos nas províncias de Maputo e na Zambézia.

Entre os jovens dentro da escola, a maior parte é de opinião que o preservativo não impede o prazer sexual, comungando alguns deles a ideia que, hoje em

dia, começou a ser uma coisa tão natural usar preservativo que não se pode considerar que este possa cortar a liberdade sexual dos jovens. Nas áreas urbanas, entre os jovens de ambos os sexos fora da escola, há um número significativo que é também de opinião que o preservativo não impede o prazer sexual. No entanto, nas zonas rurais, mesmo que os números possam ser pouco representativos, registámos várias vozes masculinas e femininas que afirmaram que o preservativo diminui o prazer sexual, daí a preferência por uma relação “carne com carne”, ou “banana sem casca”, ou seja, sem preservativo.

Comparando constatações de outros estudos realizados em 2002 e 2003, onde era mais viva a opinião de que o preservativo diminui o prazer sexual, é caso para nos interrogarmos se as respostas obtidas representam na realidade uma maior conscientização dos jovens sobre “sexo de risco” ou se a resposta que nos foi dada foi a politicamente correcta

Vários estudos realizados sobre o HIV/SIDA em Moçambique, particularmente nas décadas de 90 e 2000, abordam a problemática da prevenção e as estratégias utilizadas nesta área, com enfoque para a promoção do uso do preservativo masculino, redução do número de parceiros sexuais, fidelidade e abstinência sexual. O crescimento do número de infecções a nível nacional, mostra contudo que as estratégias adoptadas falharam. Entre outros aspectos, pode referir-se o facto de elas terem subestimado a necessidade de serem focalizadas para questões tão importantes como as relações sociais, económicas e de poder numa perspectiva de género, de forma a poder avaliar a exposição ao risco de infecção a que mulheres e homens estão sujeitos e determinar melhores formas de protecção. Uma ilustração de que as estratégias até aqui adoptadas para a educação dos jovens em matéria de saúde sexual e reprodutiva e na prevenção de transmissão de ITS/HIV/SIDA não produziram os impactos esperados, pode ser encontrada na análise dos resultados do nosso estudo empírico. É assim que a maior parte dos nossos entrevistados nos apresenta uma imagem marcada pelo cepticismo quando se trata de opinar se os jovens mudam o seu comportamento depois de recebida a informação. As respostas variam entre “uns mudam e outros não”; “a maioria não muda” ou “nem todos mudam”, com raras excepções para os que acreditam no impacto da

transmissão de conhecimentos referentes às ITS/HIV/SIDA e sua interiorização para uma reorientação do exercício da sexualidade. As razões normalmente apontadas pelos jovens que não acreditam ou acreditam pouco numa mudança são invariavelmente deste tipo: não acreditarem que o SIDA existe; acreditarem que o SIDA existe mas quererem viver a sua vida; terem múltiplas/os parceiras/os; praticarem sexo de risco; fazerem sexo sem protecção porque querem “sentir o gosto”; não quererem ouvir os conselhos dos mais velhos, ou não irem à escola.

Muitos jovens insistem na necessidade de alargar as campanhas de informação sobre ITS/HIV/SIDA e prevenção da gravidez para todos os bairros e escolas e sobretudo para as áreas rurais onde há maior desinformação, como saída para uma mudança comportamental. Outros sugerem a introdução de vídeos com cenas chocantes de indivíduos em fase terminal da doença, outros ainda acham que não se trata de falta de informação, mas de estratégias de actuação que envolvam o Estado (através da escola e em alguns casos também das unidades sanitárias), a família, instituições religiosas e os próprios jovens. O envolvimento do Estado é referido como devendo traduzir-se numa maior e melhor actuação na escola, através de actividades curriculares e extracurriculares e alargamento e melhoramento dos serviços de saúde destinados aos jovens. Neste âmbito, foi referido na Província da Zambézia (Quelimane e Inhassunge) que se deveriam desenvolver acções visando acabar com a corrupção nas escolas e o assédio sexual às jovens raparigas protagonizado pelos professores ou por outros indivíduos com poder económico que as aliciam em troca de favores sexuais. Como que a ilustrar a incidência de assédio sexual de professores a alunas, professores da escola secundária do distrito da Manhiça referiram a existência por todo o país de vários casos em que as esposas de professores primários e secundários são suas ex-alunas.

Sem que haja uma vontade própria dos jovens para a mudança da prática da sexualidade, pareceu à maioria dos raparigas e rapazes dentro e fora da escola, na província de Sofala e no distrito do Alto Molocué, que qualquer esforço realizado nesse sentido, cairia em “saco roto”. Os depoimentos dos jovens do distrito da Manhiça (IMAP) reforçaram este aspecto, referindo que o factor pobreza agrava esta situação, pois as raparigas mantêm uma

relação com homens mais velhos, que, em alguns casos, são parceiros múltiplos, com o único objectivo de terem acesso a um complemento financeiro para comprar roupas e outros bens necessários.

4. Na janela de uma “modernidade radicalizada” e os conflitos identitários entre jovens: “saber”, “ser” e “querer parecer”

A base para esta análise partiu do estudo das representações da sexualidade e conhecimento das ITS/HIV/SIDA e suas práticas, vistas pelos próprios jovens através das suas vivências, bem como dos conflitos identitários a que eles têm que fazer face.

O capítulo II desta obra trata as leis e políticas públicas no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e à saúde sexual e reprodutiva das/os adolescentes e jovens, suas necessidades e direitos, no plano internacional e nacional. Neste contexto aborda também a questão das ITS/HIV/SIDA, numa perspectiva de género e dos direitos humanos das mulheres. Do mesmo modo, nesta óptica, quando tratámos das ITS/HIV/SIDA, perspectivamos o conceito de saúde enquadrado num contexto sociocultural. A sexualidade, por sua vez, é entendida como resultado de práticas e representações sociais determinantes para a sexualidade de cada cidadã/ão. Ou seja, para nós a sexualidade estende-se para além das fronteiras do acto sexual em si mesmo, não se limitando este tema aos aspectos físicos e suas consequências (gravidez, SIDA, enfermidades venéreas) e formas de as prevenir, sendo um conceito em movimento. Ela tem assim, implicações directas para uma eventual mudança de comportamento perante o HIV/SIDA, pelo que acabou por constituir o foco central que nos permitiu compreender as percepções e conhecimentos dos jovens raparigas e rapazes acabados de referir nos pontos anteriores deste capítulo.

Se a socialização se refere aos mecanismos que actuam sobre um indivíduo de forma a permitir que ele se torne membro da sua comunidade (Campuzano & Mora, 1996), na nossa análise tomámos em consideração alguns momentos particulares dessa mesma socialização no processo do reforço da

formação de identidades masculina e feminina, por exemplo, a puberdade, pela marca que esta fase da vida deixa na socialização sexual (Campuzano & Mora, 1996). Trata-se assim, como já referimos, de um processo onde os agentes mais directos dessa mesma socialização são a família, os espaços educativos, com referência para a escola, os meios de comunicação e os ritos (onde eles são praticados), para além de outros espaços socioculturais, constituindo-se como sistemas de controlo e vigilância social e de interdições. A sombra que o terrível espectro de uma pandemia como o SIDA lançou, a partir das duas últimas décadas do século XX, transformou esse controlo não só em interdições mas também em medos e perigos que rodeiam hoje a sexualidade dos jovens. A orientação androcrática que preside à socialização de raparigas e rapazes, onde as relações sociais de género são marcadas pela dominação masculina, as pressões sociais e muitas das condutas que caracterizam os comportamentos de adolescentes levam frequentemente as/os jovens a assumir condutas de risco para marcar a sua masculinidade, por influência de amigos, curiosidade e sobretudo para não serem “marginalizados” pelo grupo. As percepções e o conhecimento sobre o HIV/SIDA, influenciados pelas normas sociais estabelecidas, vão assim determinar a noção de risco e o comportamento sexual dos jovens na era do SIDA com consequências no processo da sua feminização.

Quando a rua/bairro, os amigos, a TV e a rádio são os meios mais destacados indicados pelos jovens para a aquisição de conhecimento, aclarar dúvidas e satisfazer a curiosidade, estamos perante uma alteração dos meios sociais de pertença, que têm impactos na socialização dos jovens. Os ritos de iniciação que, pelo menos aparentemente, há muito caíram em desuso em muitas áreas do país, sobretudo na região Sul, mantêm, no entanto, em algumas províncias das regiões centro e norte um papel importante na socialização dos jovens e, particularmente, na reprodução de uma orientação androcrática na construção de identidades. Isso não significa, no entanto, que em termos de conhecimentos e de práticas não haja uma relativa descontinuidade com os valores culturais transmitidos através de uma socialização embebida na tradição, e uma alteração, pelo menos em parte, dos meios sociais de pertença, como foi possível verificar pelas referências feitas pelos nossos entrevistados ao seu desfasamento em relação aos nossos dias, no que diz

respeito por exemplo aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e perante o espectro do HIV/SIDA.

No nosso esforço para tentar compreender a forma como se constrói a identidade e a sociabilidade das raparigas e rapazes e as suas estratégias para fazer face às inúmeras pressões sociais, encontrámos um jovem virado para a janela de uma “modernidade radicalizada”, e entre uma porta aberta para esse mesmo mundo que se designa das mais diversas formas (sociedade de informação, de consumo, pós moderno, etc.), e uma outra entreaberta, vinda de um mundo mais enraizado em valores culturais “tradicionais”, ritos de iniciação e outros meios sociais de pertença. Assim, o jovem de hoje enfrenta diariamente uma situação semelhante, entre o “saber”, o “ser” (produto de múltiplas identidades) e o “querer parecer”, que o colocam num mundo marcado por mutações culturais profundas que vão influenciar as suas práticas. É precisamente aqui que devemos reproblematicar o papel dos espaços educativos na socialização dos jovens, com destaque para a família, a escola, a Igreja e os ritos, numa situação em que o lugar de cada uma destas instituições educativas mudou, pelo menos em parte, o seu papel e as suas funções na formação das identidades masculinas e femininas. A dinâmica de mudanças sociais permanentes, que altera os padrões de conduta e “des-tradicionaliza” os referenciais educacionais e fragiliza e precariza os laços sociais vai assim obrigar as/os jovens a procurar estratégias para fazer face a estas mudanças e na construção da sua identidade. Por um lado, eles têm que enfrentar as tradições, para muitos consideradas vazias de sentido e desajustadas, mesmo quando se lhes reconhece certos méritos, e, por outro lado, fazer face ao mundo “moderno”.

Teresa Cruz e Silva

CAPÍTULO IV – Direitos sexuais e reprodutivos e feminização do SIDA

A nossa análise sobre percepção, conhecimentos e práticas baseou-se na experiência vivida pelos próprios jovens e numa abordagem que tomou em consideração os factores que influenciam a formação de identidades e seus impactos no exercício da sexualidade. Retomamos, assim, o que foi discutido nos capítulos anteriores em que se destacou a contribuição que os estudos sobre sexualidade e a problemática do HIV/SIDA trouxeram aos direitos humanos e, no nosso caso específico, a uma abordagem inclusiva dos direitos sexuais e reprodutivos, e também se chama a atenção para a necessidade de um real empoderamento das mulheres e respeito pelos direitos que lhes são consagrados, sem os quais qualquer acção para minimizar ou combater a feminização do SIDA terá um impacto muito reduzido.

A nossa análise parte do conhecimento que os jovens têm sobre direitos sexuais e reprodutivos e toma em consideração as relações sociais e de poder que configuram a sua interacção e ganham expressão no modo como exercem a sexualidade, com destaque ainda para a possibilidade das mulheres acederem a esses direitos. Aborda-se, igualmente, a educação sexual dos jovens, destacando os agentes sociais e as instituições responsáveis pela informação e educação no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e no contexto do HIV/SIDA.

1. Direitos sexuais e reprodutivos e relações de poder

Se considerarmos o programa da Geração Biz, virado para acções de informação, educação e comunicação junto aos jovens e adolescentes, outras acções que se realizam a nível nacional envolvendo instituições públicas e diversas organizações, e se associarmos ainda estas acções aos conhecimentos e práticas sobre sexualidade das/os jovens e sua percepção sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos, concluiremos que: i) a maioria dos jovens não sabe o que é saúde sexual e reprodutiva e apenas um pequeno

número ouviu falar sobre este tema (através da escola e unidades sanitárias) mas tem graves dificuldades em detalhar os seus conteúdos; ii) um número ainda maior de jovens também ignora o que são os direitos sexuais e reprodutivos; iii) apesar deste desconhecimento, entre os jovens há uma sensibilidade sobre o que é saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos. Em relação a este aspecto, vejamos as seguintes falas:

Saúde sexual e reprodutiva

- “Saúde sexual trata do planeamento familiar e saúde reprodutiva, sobre quando se deve fazer filhos e em que condições” (rapaz, na cidade de Maputo);
- “Saúde sexual trata dos procedimentos a ter para fazer sexo, como e com quem; saúde reprodutiva, trata de quando fazer filhos e em que condições” (rapaz, na cidade de Maputo);
- “Programas de saúde que tratam de assuntos relacionados com o planeamento familiar e são dados na escola” (rapaz, na província da Zambézia);
- “Controlo da saúde dos parceiros, prevenção e testes” (rapaz, na província da Zambézia);
- “Maneira utilizada pelos jovens para preservar a sua saúde mantendo relações sexuais seguras” (rapariga, na província da Zambézia);
- “Tem a ver com as doenças de transmissão sexual, SIDA e gravidez” (rapariga, na província da Zambézia);
- “Cuidados a ter com os genitais, sua higiene e tratamento” (rapariga, na cidade de Maputo);
- “Como iniciar uma relação sexual e comportamento íntimo com o seu parceiro” (rapariga, na cidade de Maputo).

Direitos Sexuais e Reprodutivos

- “Trata-se da emancipação da mulher no que se refere ao número de filhos que deseja ter, o direito ao planeamento familiar, ao prazer, e a informar ao marido sobre HIV/SIDA” (rapariga, na cidade de Maputo);
- “Vontade e decisão sobre relações sexuais e sobre ter filhos, sem coacção e na base do diálogo” (rapariga, na cidade de Maputo);
- “Trata-se do direito sobre a decisão em ter sexo seguro, número de filhos e prazer sexual” (raparigas, na cidade da Beira);

- “Gozo dos mesmos direitos para homens e mulheres” (rapaz, na cidade de Maputo);
- “Liberdade e prática entre casais para aceitar ou não ter relações sexuais e programar a vinda dos filhos” (rapaz, na cidade de Maputo);
- “Direito a dizer que não, quando não quer manter relações sexuais” (rapaz, na cidade da Beira);
- “Direito a ter relações sexuais protegidas e ao acesso à informação” (rapaz, na cidade da Beira);
- “Prevenção da gravidez e como reagir perante o ciclo menstrual” (raparigas, na cidade de Matola);
- “Prevenção das ITS/SIDA, saber-se qual é o momento certo para o início de uma actividade sexual” (rapaz, na cidade da Matola);
- “Saber sobre a prevenção da gravidez e ITS/SIDA, porque há necessidade do jovem ter uma base para encarar sexo seguro, para uma vida segura” (rapaz, distrito de Manhica);
- “Prevenção das doenças de transmissão sexual, em seguida aprender aspectos ligados à prevenção da gravidez indesejada (rapariga, posto administrativo de Ressano Garcia)”;
- “Direito a decidir quando ter filhos e manter relações sexuais (rapariga, distrito da Manhica)”.

Estes depoimentos revelam não só a sensibilidade dos jovens em relação a estas questões mas também as suas expectativas. Fica no entanto claro que o conhecimento que têm sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos é afectado pela pertença social (cidade ou campo, dentro ou fora da escola), verificando-se assim que ele é maior na cidade de Maputo e na cidade da Beira, do que na cidade de Quelimane, e que vai diminuindo até ao ponto de um quase desconhecimento nas áreas rurais, estabelecendo-se ainda o mesmo balanceamento, dentro e fora da escola. Estas constatações expõem como as políticas em vigor no país e as práticas existentes estão muito longe de cobrir as necessidades das raparigas e dos rapazes e como está ausente uma perspectiva de direitos humanos das mulheres.

Mesmo entre uma parte considerável de jovens que responderam não saber o que são direitos sexuais e reprodutivos, verificou-se que os mesmos tinham uma opinião sobre se os direitos deveriam ser ou não partilhados de igual modo

entre mulheres e homens. Contudo, pareceu-nos que muitos se limitaram a repetir o politicamente correcto, que prevê direitos iguais para homens e mulheres. Neste caso, as respostas afirmativas partem particularmente das raparigas das unidades espaciais de estudo da cidade de Maputo, e das províncias de Sofala e Zambézia. Quanto aos rapazes é interessante verificar que há posições que para lá do que pode ser considerado como “politicamente correcto”, reflectem as práticas quotidianas (embebidas na forma como se formam as identidades masculina e feminina, ou seja, as premissas derivadas da ordem identitária patriarcal), como os casos da cidade e província de Maputo ou da província da Zambézia, em que a justificação para direitos diferentes se faz na base de que “a mulher tem o seu dono”; “o homem é superior, é o ganha-pão ou o responsável pela casa, e deve usufruir de maiores direitos”. O caso mais gritante, mas que reflecte na realidade a forma como os jovens são socializados e sobretudo como o corpo da mulher sempre foi e continua a ser o campo onde se exerce a dominação masculina, é-nos ilustrado pelo seguinte testemunho de um rapaz entrevistado num mercado do distrito de Inhassunge, na província da Zambézia:

“A maioria pensa que os direitos dos homens e mulheres são iguais, mas o homem é o responsável pela casa. A mulher pode decidir quando não pode ter relações sexuais, mas a quantidade, é definida pelo homem. É ele quem conquista e a mulher só obedece!”

Independentemente da opinião dos jovens rapazes e raparigas sobre direitos iguais ou não entre homens e mulheres, quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos, salvo raríssimas excepções, a maioria pensa que a dominação masculina sobressai numa relação sexual, e que é costume o homem mostrar o poder que lhe é conferido pela sociedade. Esta é uma situação que é tratada para muitos jovens como uma postura naturalizada, sobretudo entre os rapazes, e entre estes ainda, mais marcadamente fora da escola (onde parece haver uma menor preocupação em dar respostas politicamente correctas). Eis algumas justificações para essa posição:

- “O homem só quer saber da sua satisfação e não se preocupa com a satisfação sexual da mulher” (rapariga, na cidade de Maputo);

- “Uma mulher não casada que se tente impor à posição do homem durante a relação sexual fica falada!” (rapaz, na cidade de Quelimane);
- “É ele quem trabalha, é ele quem decide (...) é o homem quem deve tomar todas as decisões!” (rapaz, na cidade de Quelimane);
- “É costume do homem mostrar o poder que lhe é conferido pela sociedade porque o homem sempre quis mostrar que é poderoso, um poder que a própria mulher reconhece” (rapaz, posto administrativo de Ressano Garcia).

Num encadeamento lógico de respostas, também ficou claro que, para a maioria dos jovens rapazes e raparigas, raramente a mulher consegue fazer valer alguns dos seus direitos. Mesmo assim, consideramos importante referir que algumas raparigas dentro das escolas, sobretudo nas cidades de Maputo, Beira, Quelimane e na província de Maputo, são de opinião que as mulheres devem lutar pelos seus direitos e que, numa boa base de diálogo com o seu parceiro, é possível manter uma relação entre iguais onde o direito ao prazer sexual, ao sexo seguro e ao número de filhos que se deseja ter podem ser alcançados, mesmo que seja uma longa batalha. As mesmas jovens consideram ainda que, sobretudo entre os casais mais jovens, é possível atingir estas “vitórias”.

Há uma tendência geral, que não é particular de Moçambique, para criar estereótipos sobre o mundo dos jovens e seus comportamentos, que finalmente acabam por gerar normalizações sociais onde se definem “as margens entre o bom e o mau” e se solidifica uma linguagem que circula como uma “verdade não discutida” (Laire, 2001). E, porque passamos por uma época de mudanças profundas e de “destradiconalização” das relações sociais (Laire, 2001), com consequências no padrão de conduta dos jovens, mais do que compreender, tende-se a fazer um julgamento do seu comportamento social, muitas vezes na base dessa “verdade não discutida”. Esse caso aplica-se também para a análise da sexualidade dos jovens, como se verifica, por exemplo, quando se discute o que sobressai numa relação sexual. Contrariamente à ideia do senso comum, já transformada em “verdade”, que entre os jovens de hoje as relações sexuais são acima de tudo movidas pela troca de favores e por interesses de tipo material, no nosso estudo, das leituras feitas pelos rapazes e raparigas na base do que vivem e conhecem, podem-se identificar as seguintes posições: i) entre as raparigas, o amor e o prazer foram eleitos em primeiro lugar e por ordem de

prioridade como dois aspectos marcantes numa relação sexual; isto não significa que também não se tivessem indicado, mesmo com um peso menor, a troca de favores³⁷ (em particular nos distritos de Inhassunge e Manhiça) e coerção por parte dos parceiros; ii) os rapazes colocam o prazer em primeiro lugar, verificando-se depois algumas hesitações entre o amor e a troca de favores.

A sexualidade feminina é objecto de um maior controlo (família, pai, irmãos, noivo/marido, etc.) que a masculina. Os resultados da pesquisa mostram como a socialização de cada uma/um determina o pressuposto de que os homens devem controlar as mulheres e dominar nas relações interpessoais. Na sequência disto, é também e somente ao homem que cabe decidir como e com quem deve ter relações sexuais, retirando deste modo a possibilidade de escolha das mulheres. É assim que, levada esta questão para debate, verificámos que havia uma diversidade de opiniões entre as raparigas da cidade de Maputo, que consideram que a mulher, do mesmo modo que o homem, tem o direito a ter relações sexuais com quem, onde e quando quiser, já que a negação desses direitos faz parte do passado; enquanto, por outro lado, um outro conjunto de raparigas considera que ela não tem esse direito. Nas outras unidades espaciais de estudo, contudo, para as raparigas dentro e fora da escola, é aceite e reafirmado que a rapariga não tem esse direito, porque: “não deve fazer o que o homem faz, pois não tem os mesmos direitos”; “mulher é mulher e assim foi educada e a sua natureza feminina não lhe permite tal comportamento”; “deve obediência ao homem”; “não é correcto”; “não fica bem”; “corre o risco de ser falada”; “só uma mulher leviana pode ter esse tipo de comportamento”; “as mulheres não têm esse direito”; “são tão diferentes do homem... até menstruam!” Ou, “este comportamento é comum ao homem, a mulher é mais sensível e sentimental (...) fica mal vista”, “a rapariga tem o direito a ter relações sexuais quando quiser, mas não com quem quiser porque se tiver namorado só pode fazer amor com ele”; e “não fica bem!”.

Para o caso dos rapazes, na cidade e na província de Maputo, a sua opinião assemelha-se à das raparigas da mesma cidade, que consideram que é um

³⁷ Neste caso, a “troca de favores” refere-se à prática de relações sexuais como meio de obtenção de valores monetários, bens ou serviços.

direito que assiste às mulheres terem relações sexuais quando e com quem quiserem, exceptuando se ela tiver namorado ou se for casada. Nas outras unidades espaciais de estudo as opiniões ficaram divididas entre os que concordam ou discordam desse direito.

2. Gravidez e interrupção da gravidez

A gravidez e a maternidade sempre estiveram vinculadas a determinações de ordem moral. As mulheres que optam pela maternidade fora dos limites impostos pelo normativo social em vigor sofrem sanções sociais e ficam totalmente marginalizadas dos seus direitos. É assim que, para os casos em que elas rompem as normas, o homem é frequentemente absolvido das suas responsabilidades no que concerne ao seu comportamento social, ao contrário da mulher. Um exemplo desta situação pode ser verificado para os casos das jovens estudantes que engravidam e que são obrigadas a abandonar a escola, e em muitos casos a assumirem sozinhas a responsabilidade da gravidez e da educação da criança, que é discriminada mesmo antes de nascer e perde os direitos que assistem a uma criança nascida dentro de uma “relação legal”, apesar dos crescentes esforços que o governo e diversas organizações internacionais e nacionais fazem para a sua protecção.

É fundamental sublinhar que o fenómeno da gravidez entre jovens adolescentes nas escolas se apresenta bastante mais amplo do que se possa imaginar. Por exemplo, na escola secundária de Manhiça, que acolhe perto de 3 000 alunas/os, segundo o professor responsável pela área pedagógica, durante os últimos três anos sempre houve pelo menos uma aluna grávida em cada turma e, em algumas turmas, mais do que uma.

Os direitos reprodutivos preconizam a reprodução, livre de coerção, violência e discriminação, pelo que a interrupção da gravidez feita de forma segura deve ser um direito das mulheres em caso de uma gravidez não desejada (CIPD). Em Moçambique, como foi referido no Capítulo II, as jovens estão impedidas por lei de usufruir desse direito, mesmo depois de o país ter assinado e ratificado o Protocolo dos Direitos da Mulher da Carta Africana dos Direitos Humanos e

dos Povos. E enquanto este dispositivo legal de carácter vinculativo não for enquadrado na legislação nacional, as jovens não terão este direito.

Em Moçambique, um regulamento interno em vigor nas escolas (ver Capítulo II) transfere as meninas grávidas para o ensino nocturno (nas escolas em que há ensino nocturno), o que invariavelmente acaba por levar a uma deserção escolar, motivada entre outros factores pelo desfasamento de idades entre a jovem e os seus colegas do ensino nocturno, pelos riscos de segurança durante a noite e porque com o nascimento da criança há uma necessidade maior de acompanhamento por parte da mãe. No que diz respeito à área da saúde, embora se tenham encontrado formas de contornar a ilegalidade do aborto através de dispositivos internos, estes serviços ainda estão longe de contribuir para que esse direito seja estendido massivamente às adolescentes e jovens que se encontrem perante uma gravidez indesejada. Para outros casos, pesa também a moralização religiosa associada à prática do aborto.

Invariavelmente, em todas as unidades espaciais estudadas, as/os jovens são de opinião que a responsabilidade por uma gravidez deve ser assumida pelo rapaz e pela rapariga. Só muito excepcionalmente existe a ideia de que o homem é o responsável “porque conquistou a mulher” ou de que a responsabilidade deve ser apenas atribuída à mulher, “porque deveria ter controlado o seu período fértil”. Já no que respeita a uma jovem estudante que engravide poder ou não manter o seu lugar no ensino diurno, ou ter que ser transferida para o ensino nocturno, a opinião dos jovens divide-se. Dentro da escola, embora uma parte significativa dos jovens seja a favor da sua transferência para o ensino nocturno, porque essa é normalmente a prática em uso, outra parte constituída sobretudo por raparigas, a maioria das quais das cidades capitais, considera a sua transferência uma discriminação, agravada pelo facto de contribuir para que ela perca a oportunidade de acesso ao ensino, já que na maior parte dos casos elas acabam por desistir dos estudos, quando transferidas para o turno da noite. Para as jovens raparigas e rapazes fora da escola, a maioria dos nossos entrevistados têm uma opinião mais radical sobre a necessidade de transferência das meninas grávidas para o ensino nocturno, não só por essa ser a prática habitual, mas também para dar o exemplo às outras meninas para não seguirem o mesmo caminho e para não passarem pela vergonha de estarem grávidas perante as outras crianças do ensino diurno.

Nas entrevistas feitas aos directores de escolas e professores, foi-nos também referido que, para casos desta natureza, há uma grande pressão dos pais das outras crianças e da comunidade em geral para não manter as meninas grávidas no ensino diurno, pelo que a sanção social acaba por ser muito pesada para as meninas. Os rapazes raramente são punidos, sendo difícil controlar essa situação para os casos em que o rapaz não é estudante da mesma escola frequentada pela menina ou que nem sequer é estudante.

A moralização do aborto aparece por seu lado mais claramente expressa na quantidade de respostas contra a sua realização (cerca de metade das respostas, na maior parte das unidades espaciais estudadas), mesmo para casos de uma gravidez indesejada e na eventualidade de ele ser feito com segurança sanitária. Sublinhe-se que a maior oposição ao aborto, parte sobretudo das cidades mais pequenas e das áreas rurais. É assim que, na cidade de Maputo, a maior parte dos rapazes e raparigas se manifestou favoráveis ao aborto em caso de uma gravidez indesejada, enquanto que na cidade de Quelimane e no distrito de Inhassunge, as opiniões se dividem em partes iguais e no distrito do Alto Molocué a maioria é, por princípio, contra o aborto. Na cidade da Beira e no distrito do Dondo, as opiniões dividem-se em partes relativamente iguais entre os que são a favor ou contra o aborto. No geral, as posições contra o aborto não apresentam qualquer justificação, mas apenas insistem em que é uma questão de princípio, ou, raramente, por causa dos riscos de saúde. Exceptua-se aqui a província de Maputo, com um quadro diferente. Neste caso, aproximadamente dois terços das raparigas e rapazes apresentaram-se a favor do aborto. Aquelas/es que o não estão utilizam como primeiro argumento o factor risco envolvido nesta prática e a seguir, justificações da ordem moralista.

3. Representações sobre violência sexual

A violência e a discriminação contra as mulheres interfere directamente com o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao longo deste estudo este tema é abordado a partir da percepção que as/os jovens têm sobre violência sexual no quadro da sua sexualidade, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e

num contexto em que o HIV/SIDA torna ainda mais perversa essa mesma violação.

A forma como as/os jovens são socializados, onde se observa a insistência no papel submisso que as mulheres devem assumir, torna os homens muitas vezes impunes em casos de assédio e abuso sexual contra as mulheres. A difusão da ideia de que as mulheres, particularmente as jovens, estimulam os “instintos sexuais” masculinos, porque andam semi-nuas (saías curtas, calça de cintura baixa e ventre exposto) e têm atitudes provocatórias, ou não são submissas à educação “tradicional”, aumenta a impunidade masculina à violação contra os direitos humanos das mulheres, ao mesmo tempo que as torna mais vulneráveis à contaminação por infecções de transmissão sexual.

A violência sexual entre pessoas vivendo em situação de conjugalidade é mais tolerada do que a violência sexual fora do casamento e, em muitos casos, não é considerada uma ofensa, já que, tendo em conta as relações de poder baseadas num modelo patriarcal, se pressupõe que a mulher tenha obrigações em relação ao seu cônjuge entre as quais não se recusar a manter uma relação sexual. Por seu lado, e como já foi referido (veja Capítulo II), este tipo de violência não é punido por lei, por ser considerado que cabe no âmbito da “cópula lícita”. Os resultados do nosso estudo mostraram no entanto que, apesar de haver algumas posições entre os jovens (particularmente das áreas rurais, como os casos do distrito do Alto Molocué e do posto administrativo de Ressano Garcia) defendendo que uma relação sexual coerciva só pode ser considerada como violência sexual se for realizada fora do casamento, a maioria dos rapazes e raparigas dentro e fora da escola consideram que qualquer relação sexual coagida, seja com a esposa ou a namorada deve ser sempre considerada como violência sexual.

O tratamento do assédio sexual enquanto violência foi apenas abordado lateralmente ao longo desta pesquisa, especificamente dentro da escola e particularmente nas entrevistas colectivas e com os grupos de referência (professores, directores de escolas e outros líderes da área da educação a nível distrital e provincial). As respostas apontavam muitas vezes para a dificuldade em gerir este problema por não haver denúncias, ou ainda por envolver indivíduos fora da escola. Já no que respeita à troca de favores que levam ao

assédio de jovens estudantes pelos seus professores, as respostas oficiais indicavam frequentemente este problema como “algo do passado”, pela diminuição da incidência destes casos, fruto do trabalho que se vem realizando ao longo dos anos. Nos estabelecimentos escolares onde os conselhos de escola funcionam em pleno, há referências à menor incidência de casos de assédio sexual, o que pode ser explicado primeiro, porque o conselho de escola está investido de poderes para tratar, entre outros assuntos, questões tão delicadas como gravidez e assédio de estudantes dentro da escola, segundo, porque, havendo denúncia, pode também levar à justiça casos em que haja envolvimento de estudantes e cidadãos fora da escola.

Contrariamente à opinião que trata o assédio como um aspecto cuja visibilidade e relevância deixaram de ser preocupantes, obtivemos informações de que há por todo o lado casos de assédio sexual de professores às suas alunas, numa clara demonstração de como se processam as relações de poder dentro da escola. Os casos de assédio sexual e de sexo em troca de favores que se processam entre as jovens estudantes e indivíduos com poder e *status* económico e social, são demasiado conhecidos, mesmo quando se pretende ignorar a sua existência por decorrerem “fora dos muros” das instituições escolares.

Se considerarmos que a crise do SIDA prospera na pobreza e se somarmos este dado aos pontos acabados de tratar, a violência sexual no seu sentido mais amplo deve ser considerada mais seriamente quando se trata de direitos humanos de adolescentes e jovens. Por isso, parece-nos necessário voltar a sublinhar que a forma mais perturbadora da manifestação do poder masculino é a violência contra as mulheres, sob todas as formas, incluindo a física. A violência fragiliza e vulnerabiliza as mulheres, debilitando assim as suas capacidades de poder negociar a sua protecção contra a transmissão de ITS/HIV/SIDA. A situação torna-se ainda mais grave quando se trata de jovens, pelo estatuto social que a idade lhes confere, e pelas consequências futuras de uma possível contaminação.

4. Educação sexual para jovens, uma solução?

Os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens prevêm o acesso à informação, educação e assistência, incluindo a capacitação dos pais, familiares e de todas as instituições para responder da forma mais apropriada às suas necessidades (Programa de Acção da CIPD). Com o crescimento dos índices de infecção por HIV, foi necessário repensar na necessidade de prestar mais atenção às ITS e às condutas sexuais não orientadas para a reprodução, alargando assim o campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Em Moçambique, como referido quando tratámos das leis e políticas públicas no que respeita aos direitos sexuais e reprodutivos e HIV/SIDA, o acesso à educação e à assistência está previsto no âmbito dos programas da saúde, educação e juventude e desportos, mesmo quando não tratam directamente de direitos. A prática mostra-nos, no entanto, que os sectores que devem cobrir estas necessidades das/os jovens não alcançam a totalidade do país, sendo as áreas rurais as mais desprivilegiadas no que concerne ao acesso à informação e sobretudo no que se refere aos serviços virados para a assistência à saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, as estratégias educativas, particularmente no que diz respeito à prevenção da gravidez e para prevenção das ITS/HIV/SIDA nem sempre são as mais adequadas. Os índices de crescimento das taxas de infecções de transmissão sexual e por HIV/SIDA indicam que há ainda inúmeras barreiras a transpor para diminuir o número de infecções entre jovens.

Como temos discutido ao longo deste relatório, as profundas e rápidas mudanças que se vêm operando no país levaram à precarização e “destraditionalização” das relações sociais e meios de pertença, sendo portanto necessário buscar os melhores caminhos e métodos para a educação das/os jovens. Mesmo assim, estes continuam a considerar que na sua educação devem intervir os familiares em primeiro lugar (com especial responsabilidade para os pais), a escola, em cujo espaço se processam diferentes mecanismos educacionais através das actividades curriculares e extracurriculares, e o sector de saúde, que deve garantir, expandir e popularizar os serviços de saúde sexual e reprodutiva especificamente voltados para as camadas mais jovens. A Igreja, pelo papel que desempenha na sociedade, também foi indicada pelos jovens

como uma instituição que pode exercer uma influência positiva na sua educação.

A sexualidade continua ainda a representar para muitas/os jovens e adultos apenas questões relacionadas com o acto sexual, as consequências que daí decorrem (ITS, gravidez, etc.) e as formas de prevenção. Persistem também constrangimentos em termos de comunicação entre os mais velhos e os mais novos, dada a forma como o tratamento destas questões aparece sempre encoberto por um véu onde se escondem os tabus e os medos. Não se trata de uma questão específica de Moçambique, mas que é comum a outros países do continente africano, onde a sexualidade é igualmente um assunto privado, pessoal e íntimo (Chacha & Nyangena, 2006).

Quando tratámos da percepção que os jovens têm sobre sexualidade, ficou claro que as questões que mais os preocupam e os afectam e em relação às quais eles pensam que todos deveriam ter mais informações se resumem à prevenção de uma ITS/HIV/SIDA e de uma gravidez, sobre ITS/HIV/SIDA, para além da prevenção e aconselhamento sobre relações entre jovens, perigos e cuidados a ter. A marcada necessidade manifestada pelos jovens a favor de uma educação sexual para rapazes e raparigas, vai precisamente ao encontro das suas expectativas, quer no campo estritamente físico da sexualidade, quer ainda num campo mais vasto que envolve também afectos, já que um dos problemas que os jovens enfrentam consiste exactamente em gerir os diversos aspectos da sexualidade.

No entanto, e ilustrando mais uma vez os tabus e os estereótipos que a sexualidade envolve numa sociedade como a moçambicana, verifica-se que, embora a maioria concorde que os jovens recebam uma educação sexual que inclua prevenção contra as ITS/HIV/SIDA e métodos contraceptivos, estabelecem-se limites bem claros sobre até onde deve ir essa educação. Nomeadamente no que se refere a incluir formas de receber e dar prazer sexual, algumas vozes masculinas e femininas, sobretudo nas áreas rurais, manifestaram-se contra essa ideia, justificando que “isso não se ensina” ou que “cada um aprende por si próprio”.

Ao tratarmos dos direitos sexuais e reprodutivos e da feminização do SIDA, ao longo deste capítulo retomamos sistematicamente os argumentos que temos defendido neste relatório sobre sexualidade e direitos humanos das mulheres e essa mesma sexualidade na sua relação com o HIV/SIDA. A nossa análise sobre o conhecimento que as/os jovens têm sobre direitos sexuais e reprodutivos e relações de poder, visualizados ou não nas relações sexuais, bem como os direitos que as mulheres podem eventualmente manter nestas relações, a problemática da gravidez e do aborto legal, a violência sexual, e finalmente, a educação sexual dos jovens e a responsabilização pela mesma, apresentam-nos evidências claras de que a desigualdade de poder entre mulheres e homens nas relações sociais de género, ao restringirem a autonomia do exercício da sexualidade das mulheres ao mesmo tempo que naturalizam a liberdade sexual dos homens, contribuem para aumentar a sua vulnerabilidade à infecção por ITS/HIV/SIDA. Esta situação torna-se ainda mais sensível dentro do nosso grupo-alvo de jovens, sobretudo entre as raparigas.

A violência sexual de que as mulheres são alvo permanente, quer se trate de ameaças, relações sexuais coercivas e assédio sexual nas escolas (onde, na maioria dos casos, é perpetrado por homens mais velhos com *status* económico e social ou por professores), reconfirma o peso da dominação masculina e a fragilização das mulheres para se protegerem contra o SIDA. A formação de identidades configurada pelo modelo androcrático, associada à cultura do silêncio quando se trata da sexualidade não só torna mais perversa e pesada a violência contra as mulheres, mas também fragiliza os homens e a protecção para ambos os sexos contra as ITS/HIV/SIDA no exercício da sexualidade, tornando assim as/os jovens duplamente vulneráveis.

Enquanto as mulheres não estiverem munidas de instrumentos que lhes permitam na prática gozar dos direitos de cidadã através da realização dos seus direitos sexuais e reprodutivos, muito dificilmente será possível diminuir ou minimizar os impactos das ITS/HIV/SIDA pela íntima relação que encontramos entre a formação de identidades, sexualidade e as suas práticas, e vulnerabilidade à contaminação por infecções de transmissão sexual.

Teresa Cruz e Silva

CAPÍTULO V – Estudantes universitários: o exercício da sexualidade num contexto de HIV/SIDA

Durante os anos 80 e princípios da década de 90 foi possível, principalmente em países com grandes níveis de desenvolvimento, estabilizar a propagação do HIV/SIDA. As campanhas de informação realizadas pareciam estar a actuar positivamente sobre o alastramento do vírus e constituíram uma janela de esperança para a contenção da doença. No entanto, se é hoje quase um dado adquirido que entre grupos, como os dos homossexuais, considerados de maior risco na primeira etapa da doença, as taxas de prevalência terem estabilizado e até, em alguns casos, diminuído, as expectativas iniciais relativamente aos heterossexuais não têm correspondido aos esforços desenvolvidos no combate à doença. Se esta situação pode ter a ver com algum desinvestimento na informação e com o facto do grupo-alvo das campanhas ser (pelo menos inicialmente) a população homossexual e as prostitutas, parece-nos que a explicação principal da resistência à adopção de comportamentos sexuais seguros tem que ser encontrada nos processos de construção das identidades, nomeadamente nas identidades sexuais femininas e masculinas e na sua articulação com os direitos sexuais.

Quando se afirma que o SIDA tem rosto de mulher, isto significa que estamos a acentuar que o êxito no combate ao HIV/SIDA passa pela assunção da importância da igualdade nas relações sociais de género no que se considera como campo privilegiado de luta pelos direitos: o controlo do corpo. Esta questão tem obrigado à recolocação dos elementos explicativos do fracasso das campanhas de sensibilização contra a doença, ou seja, os factores escolaridade, classe e origem social não são na realidade tão determinantes como se pensava inicialmente. Por esta razão, nos últimos anos têm sido realizadas pesquisas que procuram junto de jovens universitários (com acesso à informação) identificar as causas que levam à permanência de práticas sexuais de risco.

É neste âmbito que se decidiu, pela primeira vez em Moçambique, aplicar um inquérito a jovens universitários, que permitisse identificar o conhecimento sobre HIV/SIDA e as mudanças no exercício da sexualidade. A amostra foi de 1 228 estudantes, com idades até aos 24 anos e a frequentar seis universidades, situadas no Sul, Centro e Norte do país.

No tratamento da informação, consideraram-se duas dimensões: a aprendizagem, o exercício da sexualidade e o conhecimento sobre o HIV/SIDA e os níveis de influência sobre os inquiridos na adopção de práticas sexuais seguras. As diferenças/semelhanças entre as respostas de rapazes e raparigas foram o eixo de articulação das dimensões adoptadas. Tomando como ponto de partida a sexualidade e o SIDA e suas variáveis, tal como foi referenciado neste relatório quando tratámos de questões metodológicas, ao longo deste capítulo apresentaremos os resultados da pesquisa realizada com estudantes universitários.

A amostra do inquérito segundo as diferentes universidades, por sexo, é como se segue:

Tabela 7 - Amostra por sexos do inquérito aos estudantes universitários

Sexo	Universidades	Frequência	Percentagens	Percentagens acumuladas
Mulheres	UEM	174	38	38
	UP	39	8.5	46.5
	ISPU	114	24.9	71.4
	ISRI	34	7.4	78.8
	ISCTEM	49	10.7	89.5
	UCM	48	10.5	100
	Total	458	100	
Homens	UEM	524	68.1	68.1
	UP	84	10.9	79
	ISPU	51	6.6	85.6
	ISRI	44	5.7	91.3
	ISCTEM	30	3.9	95.2
	UCM	37	4.8	100
	Total	770	100	

1. Sexualidade: conhecimento, exercício e direitos

As diversas transformações económicas, políticas e sociais que afectaram o mundo depois da segunda metade do século XX trouxeram consigo desafios imensos, com impactos que transformaram as formas de “construção dos modelos e padrões de vivência da sexualidade – a família, o patriarcado e a heterossexualidade” (Paredes, 2006). Sendo a sexualidade uma construção social e cultural, não poderemos deixar de sublinhar que a sexualidade das/dos jovens sofre directamente as influências que lhe são colocadas pelos desafios do mundo moderno, quer a nível mais global, onde a influência do desenvolvimento das novas tecnologias de informação desempenha um papel importante, quer a nível dos contextos mais particulares. A construção da sua identidade sexual faz-se assim neste processo de assimilação/rejeição de rupturas e continuidades, onde o velho e o novo se degladiam permanentemente, e de um conjunto de informações que ela e ele recebem, dependendo da sua idade, sexo e estatuto social (em casa, na escola, com os amigos, professores, pais, e dos meios de comunicação à sua disposição).

1.1 Onde, por quem e o que devem aprender sobre sexo e sexualidade

O conhecimento sobre sexo e sexualidade contém componentes diversas, ou seja, pode referir-se a características anatómicas, à diferença entre sexos e a relações sexuais. O que se pretendeu com o grupo de questões sobre a dimensão e aprendizagem da sexualidade foi, independentemente do significado que é conferido a sexo e a sexualidade, perceber qual o espaço de informação/aprendizagem privilegiado pelos inquiridos e a sua relação com os agentes de informação, e também com a forma como a educação sexual é concebida e diferenciada.

Estudos realizados noutros países com jovens universitárias/os (Alcaraz, 2000; Donat et al., 1988) evidenciam também que a aprendizagem sobre sexo e sexualidade é feita principalmente na escola e nos locais de residência, particularmente entre pares do mesmo sexo. O que é interessante salientar é que, embora para raparigas e rapazes os pares constituam as principais fontes de

informação, existe uma inversão de posições no que respeita ao “lugar” da aprendizagem. É assim que, se considerarmos a Tabela 8, a seguir, se constata que para as raparigas a escola ocupa o primeiro lugar (24,8%) no “ouvir falar” sobre sexo, enquanto para os rapazes é o bairro (32,1%). Esta situação pode ser interpretada a partir dos mecanismos de controlo dos jovens e das diferentes possibilidades a que são expostos. Isto quer dizer, em primeiro lugar, que se pode considerar, para o caso das raparigas, que as fontes de informação sendo mais homogêneas e institucionalizadas, pesem as diferenças existentes entre origem e estatuto social, podem produzir padrões comuns de saber e comportamento. Em segundo lugar, este fenómeno pode indiciar a prevalência de um maior controlo dos meios e mecanismos de socialização relativamente às raparigas, mesmo as universitárias, que, em princípio, deveriam apresentar um leque maior de escolhas.

Tabela 8 - Relação % sobre onde ouviu falar pela primeira vez de sexo, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulher	Homem
Na casa	12.1	9.2
Na escola	24.8	12.0
No bairro	14.3	32.1
Não se lembra	14.2	15.3
Rua/praias/ou/lugar/TV/rádio	9.2	6.3
Igreja católica	2.1	0.9
Total	100.0	100.0

O facto de, para 32,1% dos rapazes, o bairro ser o principal espaço de informação sobre sexo, ao contrário das raparigas que é apenas de 14,2% e a escola ter um peso de 12%, (ao contrário das raparigas que é de 24,8%), indicia uma maior circulação de informação diversa, proveniente de múltiplos agentes e em espaços também diversos e múltiplos. O bairro, podendo ser entendido como vizinhança, bares e discotecas, mercados e campos desportivos, faz supor a existência de mais e diversa informação e portanto a possibilidade dos jovens

construírem identidades com mais liberdade e maior possibilidade de integrarem novos elementos de pensar e viver a sexualidade.

No entanto, algumas pesquisas (Alcaraz, 2000; UNFPA, 2003; Amadiume, 2006; Osório & Arthur, 2002) e também as entrevistas feitas no âmbito deste trabalho com o grupo-alvo mostram que os modelos de referência da construção da feminilidade e da masculinidade não sofrem alterações relevantes. Isto é, a circulação por diferentes espaços de socialização, como constatado entre os universitários, continua a ter como pressuposto um sistema que estrutura em desigualdade os direitos de mulheres e homens, baseado no modelo hegemónico de masculinidade, que, tanto no contexto da tradição como da modernidade, preconiza uma vida activa para os homens “através da qual se construiu um dos seus indicadores fundamentais: a virilidade” (Toneli, 2004: 157).

Para além da importância que a escola e o bairro ocupam na informação que as e os jovens têm sobre sexo, a Tabela 8 mostra claramente que a Igreja e a casa são considerados para muito poucos jovens (mais para os rapazes do que para as raparigas), como fonte de informação. Esta situação pode indicar, principalmente no que se refere à família, que a transmissão de conhecimento sobre sexo e a configuração de comportamentos, ou é irrisória ou então se realiza silenciosamente. Isto é um facto geral, tal como é referido em alguns estudos (UNFPA, 2003; Alcaraz, 2000). Quer isto significar que se “ouvir falar” implica uma acção consciente, ou não, de transmitir conhecimento, o silêncio produz sinais de proibição e consentimento que são tão ou mais audíveis do que a palavra. Por esta razão, pensamos que os “espaços da palavra” que são as escolas e os bairros, não têm contribuído para introduzir mudanças na forma como se concebe o sexo e a sexualidade.

Esta situação é tanto mais interessante se tivermos que em conta que em Moçambique a Igreja e também os órgãos de comunicação social são considerados e utilizados (principalmente os canais de televisão e a rádio) como agentes de informação sobre as ITS/HIV/SIDA. A Tabela 8 mostra que foram poucos os rapazes e as raparigas que ouviram falar pela primeira vez de sexo na TV e rádio. Se tomarmos em consideração que o inquérito foi aplicado a estudantes universitários com acesso a estas fontes de informação e ainda que o

discurso mediático sobre ITS/HIV/SIDA sublinha a utilização do preservativo, é surpreendente a pouca importância conferida à comunicação social. A nosso ver, esta explicação pode ser encontrada no facto da luta contra esta e outras doenças sexualmente transmissíveis ser realizada sem que seja estabelecida (ou pelo menos seja apropriada pelos jovens) uma articulação clara entre a transmissão da doença e o sexo, seja ele entendido como relação sexual ou como individualidade anatómica.

Os agentes de informação para as e os jovens universitários coincidem com os resultados obtidos neste estudo, independentemente da idade e de frequentarem ou não a escola. Analisando a tabela 9, que se apresenta em seguida, e se agruparmos as variáveis colegas, amigas/os (supondo-se que pertencem ao mesmo grupo etário), verifica-se que 20,8% das raparigas e 28,7% dos rapazes consideram os seus pares como os principais agentes de informação. No entanto, saliente-se que quase o dobro dos rapazes (40,9% contra 24,2% das jovens), teve como primeiro interlocutor as/os amigas, o que está de acordo com a informação de que para os rapazes, o bairro, e não a escola, constitui o espaço por excelência de troca de conhecimento sobre sexo, evidenciando, mais uma vez, as possibilidades de circulação e liberdade dos rapazes.

Tabela 9 - Relação % de com quem falou pela primeira vez de sexo, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulher	Homem
Colegas	17,5	16,5
Pais	12,7	5,2
Não se lembra	19,7	17,1
Vizinhas	8,5	8,8
Avo	0,2	0,5
Activistas	3,7	2,1
Amigas/os	24,2	40,9
Professora	7,0	2,5
Não responde	0,9	2,6
Irmã	1,3	0,6
Outro meio	3,3	2,1
Outros familiares	1,1	1,0
Total	100,0	100,0

É curioso que o valor dado à escola pelas/os jovens como fonte de informação, não confere um papel significativo aos professores, uma vez que apenas 7% das raparigas e 2,5% dos rapazes, os consideram como primeira fonte de informação. O mais interessante é, no entanto, verificar que o papel dos activistas como fonte de informação é quase negligenciável (3,7% e 2,1%), o que pode querer significar o fraco nível de confiança entre os jovens e os activistas e ainda a irrelevância (para a informação) das actividades que são desenvolvidas pelas diversas organizações. Esta situação pode ser explicada pelo facto do associativismo juvenil nas universidades não dar a relevância necessária à discussão sobre sexualidade. Convém observar que, contrariamente a estes resultados, os jovens dentro da escola, entrevistados para este estudo, identificam os activistas como uma referência importante.

Embora os pais representem uma fonte importante de transmissão de informação para as raparigas de cerca de 12,7% e somente 5,2% para os

rapazes, é importante considerar que, contrariamente a estudos já realizados (Jimenez et al., 1999; Castillo et al., 1998; Alcaraz, 2000), aos quais poderemos acrescentar os resultados obtidos da análise das entrevistas com o grupo-alvo, os pais são, para um número importante de inquiridas, a primeira fonte de informação. O facto de, mais do dobro de raparigas relativamente aos rapazes, apontarem os pais como primeira fonte de informação, pode expressar dimensões diferentes e até contraditórias do problema: pode ser interpretado como um sinal de uma maior confiança e abertura entre as jovens e seus pais, mas também pode ser interpretado como um maior controlo dos pais sobre a sexualidade feminina, bem como a legitimidade dada pelas raparigas à informação paterna.

A Tabela 10, ao descrever os assuntos principais que as mulheres devem saber sobre sexo e sexualidade, se é revelador do conteúdo da educação sexual que ambos os sexos julgam ser importante para as mulheres, evidencia, principalmente, as percepções sobre sexualidade e sobre a licitude ou não da aprendizagem e da função social do corpo. Fica claro (não chega a 2% dos/as inquiridos/as) que o prazer e o dar prazer, não deve ter significado na aprendizagem sexual, o que acentua a visão de “utilidade social” do corpo, em que a satisfação sexual é concebida como marginal à relação sexual, acentuando-se a dimensão reprodutiva, como se pode constatar da variável “satisfazer parceiro/a” e “ter filhos” (6,8% das raparigas e 5,8% dos rapazes consideram importante). Se consideramos que no indicador “procurar sua satisfação e do seu parceiro” e “procurar sua própria satisfação”, os valores não atingem os 2%, parece-nos que na interpretação deste indicador, as e os inquiridos/os, quiseram relevar a função reprodutiva das mulheres e o seu papel como mãe (Osório & Arthur, 2002; Amadiume, 2006). Também podemos acrescentar que a sociedade se tem encarregado de fornecer mensagens que limitam a sexualidade à penetração e ao coito, restringindo-a assim apenas a uma actividade que se realiza num momento determinado, relacionada com o biológico e fisiológico. Daí que as/os jovens “descobrem e constroem um mundo de afectos, sentimentos, prazeres e práticas sexuais, em permanente recomposição. A sexualidade entendida como a possibilidade de obter prazer e ao mesmo tempo encontrar afectos, tem sido tratada “por baixo da mesa” (Paredes, 2006).

Tabela 10 - Relação % dos assuntos principais que a mulher deve saber sobre sexo, segundo mulheres e homens. Todas as universidades

Categorias	Sexo	
	Mulher	Homem
Satisfazer parceiro e fazer filhos	6.8	5.9
Como se pode contaminar com ITS/HIV	25.8	33.4
Quando pode praticar e condição em que pode praticar	57	52.4
Procurar a própria satisfação	1.6	1.5
Procurar sua satisfação e a do seu parceiro	1.5	1.2
Outros	1.3	0.8
Não responde	6.9	5.6

É extremamente surpreendente que o momento e as condições em que se pode ter relações sexuais constitua a componente mais importante da educação sexual (52,4% para rapazes e 57% para raparigas). Salientam-se dois factores explicativos deste valor: o primeiro é a ignorância ou a contradição entre múltiplas fontes de informação, aliada à ausência de princípios hegemónicos que orientem a actividade sexual dos jovens provocando uma situação de insegurança e de anomia. Isto pode querer dizer que o peso desta resposta tem mais a ver com a necessidade sentida de respostas sociais que traduzam mais valores, do que tão somente um árido conhecimento técnico. O segundo factor pode ter a ver com a responsabilização das mulheres pelas condições em que a relação sexual é praticada, ou seja, as consequências da relação sexual competem às mulheres. Esta explicação encontra eco na resposta à mesma pergunta direccionada para a educação sexual dos rapazes (Tabela 11), em que há uma diferença de 10% para o mesmo indicador. Isto é, existe um número maior de raparigas e rapazes a considerar as “condições da relação sexual” (Rwenge, 2000) como mais importante para raparigas do que para rapazes.

Tabela 11 - Relação % dos assuntos principais que o homem deve saber sobre sexo, segundo mulheres e homens. Todas as universidades

Categorias	Sexo	
	Mulher	Homem
Satisfazer parceiro e fazer filhos	4.6	3.9
Como se pode contaminar com ITS/HIV	35.9	35.8
Quando pode praticar e condição em que pode praticar	40	44.7
Procurar a própria satisfação	0.9	0.6
Procurar a sua satisfação e a do seu parceiro	0.3	0.3
Outros	0.0	0.6
Não responde	8.9	3.3

Também é muito interessante verificar (Tabelas 10 e 11) que a prevenção do HIV/SIDA apareça como um dos assuntos principais a saber por jovens. Saliente-se neste indicador que, ao contrário da mesma pergunta direccionada para as raparigas, estas consideram (em mais 10%) que o conhecimento sobre as formas de transmissão das ITS/HIV/SIDA é mais importante para rapazes do que para raparigas. Isto pode ser explicado pelo facto de, mesmo entre jovens universitárias, existir a convicção de que a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis depende fundamentalmente da vontade masculina. Isto ilustra que a própria subjectividade feminina significa, para muitas mulheres, ainda que tomem consciência da sua vulnerabilidade, que “a capacidade de negociar com os seus pares alternativas sexuais para reduzir ou eliminar o risco de se infectar está ausente” (Sánchez & Rodríguez, 2000: 69).

1.2. Diferenças entre aprendizagem e exercício da sexualidade

Quando se estuda o campo da aprendizagem, seja no âmbito formal da escola, seja noutros espaços mais informalizados, deve ter-se em conta um conjunto de dimensões que vão desde o que é transmitido ao que é apropriado pelos diferentes actores, passando pela forma como a aprendizagem é mediada pela palavra e pelos gestos. Quando nos referimos à sexualidade e à relação entre

aprendizagem e práticas, a questão assume contornos que não podem apenas ser explicados por razões psico-pedagógicas. A sexualidade e o seu exercício têm que ser vistos como estruturas que sustentam as relações sociais de gênero, e portanto como fundamento das identidades sociais de mulheres e de homens. Por outro lado, ao contrário de outras áreas da aprendizagem, a sexualidade não pode ser entendida fora dos mecanismos de socialização que ao longo do ciclo de vida formatam a feminilidade e a masculinidade.

Estudos realizados ilustram como a “educação tradicional” no seu sentido mais geral e os ritos de iniciação masculinos e femininos, em particular, em muitas partes do continente africano, incluindo algumas regiões de Moçambique, utilizam várias formas de transmitir conhecimentos e educar os/as jovens sobre o prazer sexual. No entanto, fica claro que estes ensinamentos e as suas práticas visam perpetuar a subalternidade das mulheres através da regulação da sua sexualidade (Osório & Arthur 2002; Amadiume, 2006). Hoje, mesmo para os/as jovens urbanizados e mais expostos a influências de “culturas modernas”, a sexualidade continua a ser vista e tratada com uma grande dose de ambiguidade, sendo a construção social das relações sexuais mantida no âmbito do privado e do íntimo (Chacha & Nyangena, 2006).

Pela leitura das Tabelas 12, 13 e 14 constata-se que a educação sexual constitui tanto para raparigas como para rapazes a variável assinalada como a mais importante diferenciação (52,5% e 44% respectivamente para mulheres e homens). Embora estas diferenças possam ser significativas e explicadas pela natureza do grupo-alvo, o que se verifica é a existência de concordância com o modelo de socialização, que distingue as componentes de aprendizagem dos dois sexos. Isto é corroborado com o número elevado de inquiridos (46% para raparigas e 37,3% para rapazes) que consideram que a distinção da sexualidade feminina e masculina se manifesta pelo número de parceiros que cada um tem. O indicador “nº de parceiros” pode não indiciar apenas uma realidade objectivada, mas, principalmente, a legitimidade social que é conferida a essa realidade, ou seja, estes resultados remetem-nos não só para o nível da constatação mas para a sua aceitação e concordância. É interessante verificar que são mais os homens (41,8%, contra 34,5%) que consideram que o número de parceiros não é sinal de distinção entre comportamentos sexuais.

Tabela 12 - Relação % sobre as diferenças entre mulheres e homens no exercício da sexualidade, segundo mulheres e homens

Sexo	Variáveis	Categorias				
		Sim	Não	Não sei	Não responde	Total
Mulheres	À educação sexual	52.2	34.5	7	6.3	100
	Nº de parceiros/as	46.1	34.5	7	12.4	100
	À negociação da vida sexual	29.5	33.8	21	15.7	100
	À negociação do nº de filhos	28.6	41.5	14.4	15.5	100
	À procura de prazer	31	42.6	11.8	14.6	100
Homens	À educação sexual	44	42.9	7.8	5.3	100
	Nº de parceiros/as	37.3	41.8	8.8	12.1	100
	À negociação da vida sexual	29.5	37.5	19.6	13.4	100
	À negociação do nº de filhos	26	43.2	15.5	15.3	100
	À procura de prazer	32.1	39.4	16.6	11.9	100

Tabela 13 - Relação % sobre as diferenças entre mulheres e homens no exercício da sexualidade, segundo mulheres e homens

Sexo	Variáveis	Categorias				
		Sim	Não	Não sei	N/ responde	Total
Mulheres	À educação sexual	52.2	34.5	7	6.3	100
	Nº de parceiros/as	46.1	34.5	7	12.4	100
	À negociação da vida sexual	29.5	33.8	21	15.7	100
	À negociação do nº de filhos	28.6	41.5	14.4	15.5	100
	À procura de prazer	31	42.6	11.8	14.6	100
Homens	À educação sexual	44	42.9	7.8	5.3	100
	Nº de parceiros/as	37.3	41.8	8.8	12.1	100
	À negociação da vida sexual	29.5	37.5	19.6	13.4	100
	À negociação do nº de filhos	26	43.2	15.5	15.3	100
	À procura de prazer	32.1	39.4	16.6	11.9	100

Tabela 14 - Relação % sobre as diferenças entre mulheres e homens no exercício da sexualidade, segundo mulheres e homens

Sexo	Variáveis	Categorias				
		Sim	Não	Não sei	N/responde	Total
Mulheres	À educação sexual	52.2	34.5	7	6.3	100
	Nº de parceiros/as	46.1	34.5	7	12.4	100
	À negociação da vida sexual	29.5	33.8	21	15.7	100
	À negociação do nº de filhos	28.6	41.5	14.4	15.5	100
	À procura de prazer	31	42.6	11.8	14.6	100
Homens	À educação sexual	44	42.9	7.8	5.3	100
	Nº de parceiros/as	37.3	41.8	8.8	12.1	100
	À negociação da vida sexual	29.5	37.5	19.6	13.4	100
	À negociação do nº de filhos	26	43.2	15.5	15.3	100
	À procura de prazer	32.1	39.4	16.6	11.9	100

Continuando a discutir as Tabela 12, 13 e 14, pensamos que é importante evidenciar a existência de alguma contradição entre o peso das diferenças no indicador educação sexual e nos indicadores sobre negociação do número de filhos, da vida sexual e da procura do prazer. Isto é, são mais as raparigas e os rapazes que acentuam (nos três indicadores mais implicados com exercício da sexualidade), a semelhança entre os dois sexos. Esta informação é tão mais curiosa quanto se fizermos o cruzamento com o pouco significado que é dado pelos jovens ao prazer sexual como “assunto importante a saber” (Tabela 13). Do mesmo modo, chama-se a atenção para o facto de não saberem ou não terem respondido às variáveis, “negociação sexual” (36,7% de raparigas e 33% de rapazes), à “negociação do número de filhos” (30% de raparigas e 30,8% de rapazes) e à “procura de prazer” (26,4% de raparigas e 28,5% de rapazes), o que representa em alguns casos uma percentagem maior do que as respostas afirmativas e negativas. Esta situação pode significar níveis de contradição entre um discurso politicamente correcto e alguma insegurança e ambiguidade nos assuntos que estão em relação directa com comportamentos.

Ainda no que respeita ao exercício da sexualidade, nomeadamente sobre o seu controlo, a Tabela 15 mostra um número elevado de raparigas (72,5%) e rapazes (79,6%) que respondeu ter sido por sua vontade que tiveram a primeira relação sexual. Esta informação contraria pesquisas de carácter qualitativo, indicativas de que o início da vida sexual das mulheres se realiza por vontade masculina, normalmente como resposta a chantagens de ordem afectiva exercida pelos parceiros. Estudos realizados demonstram que as mulheres “aprenderam a não questionar e a não arriscar as suas relações com os parceiros, porque em muitos casos isso implicaria, em muito casos, perdas de apoio económico e social e identitárias. Para além disso, evitam expor-se às possíveis condutas violentas que este tipo de situações pode gerar” (Sanches & Rodríguez, 2000: 69).

Tabela 15 - Relação % sobre se foi por vontade própria que teve a primeira relação sexual, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Sim	72.5	79.6
Não	14	6.9
Não recordo	5.9	10.1
Não responde	7.6	3.4
Total	100	100

Parece-nos que é de salientar, contudo, que cerca de 13,5% dos jovens inquiridos/os não respondem ou não recordam quem teve a iniciativa da relação sexual. Se juntarmos a isto, a percentagem dos que responderam que não foi por sua vontade que tiveram a primeira relação sexual, podemos deduzir que 1/3 dos questionados/as tiveram a primeira relação sexual sem que para isso tivessem vontade, principalmente as raparigas, cujas respostas ao indicador “início da vida sexual”, e a não resposta, representa mais do dobro dos rapazes.

Se compararmos esta situação com as respostas descritas na Tabela 16, claro que embora tanto as raparigas como os rapazes, acentuem como indicador principal “às vezes” na iniciativa da relação sexual (66,4% de raparigas para 58,6% de rapazes), apenas 14,6% das jovens tomam sempre a iniciativa, contra 34,4% dos rapazes. O mesmo se passa quando se analisa “nunca tomar iniciativa” em que as raparigas representam quase o triplo das respostas dos rapazes (9,2% para 3,5%). Se acrescentarmos, ainda, as não respostas, verifica-se que o número de raparigas que não tomam a iniciativa, sobe para 19% contra 7% dos rapazes. Esta informação pode ajudar a compreender, que mesmo quando se trata de estudantes universitários, com mais acesso à informação e mais possibilidades de autonomia, o controlo do corpo da rapariga é conforme a um ritual que reserva para os homens o domínio na prática sexual, ou seja, os rapazes continuam a ter a legitimidade social para definir a tomada da iniciativa da relação sexual.

Tabela 16 - Relação % sobre se toma a iniciativa quando deseja ter relações sexuais, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Sempre	14.6	34.4
As vezes	66.4	58.6
Nunca	9.2	3.5
Não responde	9.8	3.5
Total	100	100

Ainda no que se refere à representação e práticas da sexualidade, a Tabela 17 mostra que a maioria de raparigas e rapazes respondeu que teve uma relação nos últimos seis meses, mas há diferenças assinaláveis entre as percentagens para os dois sexos: 64% e 47%, respectivamente para rapazes e raparigas. É interessante constatar que a ideia de que os rapazes têm um comportamento sexualmente promíscuo não se coaduna com estas respostas pois quase metade afirma ter tido uma parceira. No entanto, são muito grandes as diferenças entre as/os jovens que afirmam ter tido mais que um/a parceiro/a (6,8% de raparigas e 32,6 dos rapazes), tal como é corroborado por outros estudos (Alcaraz, 2000; Jimenez, 1990)

Tabela 17 - Relação % sobre número de pessoas com quem teve relações sexuais durante os últimos 6 meses, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Nenhuma	25.5	18.4
Uma	64	47
Mais de uma	6.8	32.6
Não responde	3.7	1.9
Total	100	100

Tal como a Tabela 18 nos informa, há uma correspondência entre as e os jovens sobre o momento em que ouviram falar de educação sexual e entre idade para iniciar a vida sexual e para receber a educação sexual. Se tivermos em conta a realidade social moçambicana, constata-se que os dados oficiais produzidos em Moçambique mostram que o início real da primeira relação sexual para o mesmo grupo etário é de 16 para raparigas e 17 para rapazes (INE, 2003).

Tabela 18 - Moda estatística de idades de orientação, percepção e prática da sexualidade, segundo mulheres e homens (anos)

Idades	Sexo	
	Mulheres	Homens
Idade em que ouviu falar pela primeira vez de sexo	12	12
Idade ideal para iniciar uma educação sexual	10	12
Idade ideal para iniciar uma relação sexual *	18	18

* O estratígrafo utilizado para esta variável é a mediana, com o intuito de ser comparado pelo utilizado no IDS.

1.3. Concepções diferenciadas sobre direitos sexuais e reprodutivos

O pudor e os constrangimentos que envolveram (e envolvem ainda em certos contextos) os direitos sexuais e reprodutivos, pois não é por acaso que foram, no conjunto dos direitos humanos, os últimos a serem equacionados, devem ser entendidos como uma forma de conservação do modelo social de dominação. Isto significa que o acesso e o exercício de todos os outros direitos humanos, como o direito de acesso ao poder político ou o direito a trabalho e salário iguais, só serão plenamente atingidos, se mulheres e homens tiverem acesso e puderem controlar a sua reprodução e sexualidade. Quer dizer que, enquanto as mulheres e os homens não olharem para o seu corpo e para o corpo dos outros como “invioláveis”, como lugar em que a sua individualidade se torna mente e corpo, será muito difícil que a pessoa humana seja sujeito de direitos.

Por estas razões, o debate que tem ocorrido no mundo inteiro e em Moçambique, sobre os direitos sexuais e reprodutivos, é objecto de posições que mais do que questionar uma componente específica dos direitos humanos,

põem em causa, na realidade, o conjunto destes direitos. O facto de a reprodução necessitar de dois parceiros de sexo oposto tem servido para justificar que as decisões sobre o corpo das mulheres devam ser tomadas em conjunto. A Igreja, produto mais acabado e perfeito de uma ordem patriarcal, é o suporte ideológico de posições conservadoras, fornecendo aos Estados e seus representantes (mesmo aos laicos), argumentos para manter uma estrutura de relações de género subalterna e violenta.

O avanço, em função de definir e legislar os direitos humanos das mulheres, tem tido progressos e retrocessos, principalmente no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. De facto, a crítica feminista ao discurso tradicional dos direitos humanos patente na visão androcêntrica, considera como modelo tutelar os direitos do homem, cuja filosofia encara apenas o espaço público como lugar de direitos (Flores, 2006). Em Moçambique, só mais recentemente se começou a olhar os direitos humanos a partir de uma perspectiva das relações sociais de género, contemplando o âmbito privado e, como consequência disto, a dimensão sexual e reprodutiva. A Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) constitui-se no primeiro instrumento internacional do processo de especificação, com perspectiva de género, denominada por Alda Facio, como a Magna Carta de todas as mulheres. Mas será a partir da V Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, que se utiliza o termo “direitos reprodutivos”. A partir desta altura, passou a generalizar-se a reivindicação dos direitos das mulheres no âmbito privado. Posteriormente, foi ratificada na Plataforma de Acção da Quarta Conferência Mundial da Mulher, levada a cabo em Beijing em 1995 (Parágrafo 7.3). No entanto, em nenhum dos Programas de Acção destas Conferências se utiliza o termo “direitos sexuais”. Contudo, no parágrafo 96 da Plataforma de Acção de Beijing assinala-se que “os direitos humanos da mulher incluem ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente sem se ver sujeita à coerção, à discriminação e à violência. As relações igualitárias entre mulheres e homens, o respeito pela integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade das consequências do comportamento sexual”.

Ainda que em ambas as Plataformas os direitos sexuais não estejam reflectidos, somos levadas a chamar a atenção sobre cinco situações principais:

- i. Que talvez este facto tenha contribuído para que “exista um menor consenso sobre a natureza e alcance dos direitos sexuais” (Flores, 2006);
- ii. Que é preciso ter em conta que continua a ser mais difícil e polémico tratar os temas de sexualidade do que tratar os temas de reprodução, “sobretudo se se considerar as implicações de o fazer a partir de um enfoque dos direitos” (Flores, 2006);
- iii. Que tem sido frequente empregar a expressão “direitos sexuais e reprodutivos” como se se tratasse de um mesmo universo de direitos. Como assinala Alice Miller “a conjugação dos direitos sexuais e reprodutivos tem levado a que os direitos sexuais sejam considerados como um subconjunto dos direitos reprodutivos, ainda que com uma formulação menos desenvolvida” (Miller, 2003);
- iv. Que as sexualidades nas suas múltiplas expressões continuam sendo o tema tabu da maioria das sociedades, “e politicamente serve de desculpa aos governos de direita e grupos fundamentalistas económicos e religiosos para obstruir o avanço dos direitos humanos das mulheres na sua integridade” (Corrêa, 2003), e
- v. Que a falta de exercício dos direitos sexuais dificulta, entre outras coisas, a erradicação da pandemia do HIV/SIDA e não permite às mulheres o livre exercício destes mesmos direitos. Daí que, sem a plena vigência dos direitos sexuais todos os demais direitos humanos das mulheres serão simples expectativas de direitos.

Todavia, há dois avanços importantes relativamente aos direitos sexuais: (i) no período extraordinário das sessões da Assembleia Geral da Nações Unidas sobre HIV/SIDA, realizadas em Junho de 2001, os governos comprometeram-se a capacitar as mulheres para controlar e decidir sobre questões de sexualidade (Parágrafo 60) e (ii) durante o XV Congresso de Sexologia, a Assembleia da Associação Mundial de Sexologia aprovou emendas à declaração de Direitos Sexuais (Obando, 2003).

Relativamente aos direitos reprodutivos o tema mais polémico corresponde à interrupção da gravidez. Contudo, e apesar das forças em contrário, no direito internacional há duas directrizes, sendo que a primeira está patente nas

recomendações do Comité das Nações Unidas no sentido de rever a legislação interna dos países em matéria da repressão legal do aborto, ao considerar que vulnerabiliza o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, do qual Moçambique é Estado Parte. A segunda directriz surge com a preservação, ampliação e aprovação da disposição do Cairo, durante o Cairo +5 e + 10, relativamente à recomendação “que os provedores de saúde sejam formados para assistir as mulheres depois de ter interrompido uma gravidez (...)” (Obando, 2003). Para África, e para Moçambique em particular, esta é uma situação altamente sensível, uma vez que a OMS estima que “o aborto é um dos principais assassinos das mulheres africanas: 110 mortes em cada 100 000 nascimentos, que duplica a taxa de qualquer país do mundo “ (Corrêa, 2003).

As tabelas que vamos analisar procuram articular o direito de exercício da sexualidade, as causas da violência sexual contra as mulheres e o seu direito à interrupção da gravidez. Diferentemente da maioria da informação solicitada, estes indicadores procuram identificar as percepções das e dos jovens sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

As Tabelas 19 e 20 descrevem a percepção dos estudantes universitários sobre os direitos das mulheres de decidir sobre a sua vida sexual. É muito interessante verificar (Tabela 19) que embora o número de jovens que está de “acordo” e “muito de acordo” seja bastante elevado, há diferenças assinaláveis entre raparigas (53,3%) e rapazes (39,5%). Se tivermos ainda em conta que 46,6% dos rapazes não estão de acordo com o facto que uma mulher possa ter direito a ter relações sexuais “quando quiser”, “com quem” e “quando quiser”, contra 24,9% de raparigas, coloca-nos face a uma situação clara de recusa dos direitos sexuais às mulheres. Assim, colocam-se duas questões: uma, em que fica clara a distinção (como em algumas das perguntas realizadas neste inquérito) entre as percepções de cada um dos sexos, o que pode fazer ressaltar que há uma maior consciência de género entre as jovens. Outra em que, se tivermos em conta que 1/3 delas não está de acordo com a livre escolha de parceiros, temos que nos interrogar sobre a real importância que a educação superior está a ter na ruptura do sistema de desigualdade. Esta situação é tanto mais grave quanto a amostra dos entrevistados cobria uma faixa etária até aos 24 anos e quando sabemos que normalmente a educação e mais ainda a educação superior, porta consigo expectativas positivas relativamente à independência económica e à autonomia

pessoal. Isto pode significar, no caso de Moçambique, a permanência de uma moral assente na desigualdade entre mulheres e homens e a insuficiência de trabalho com jovens, por parte das organizações da sociedade civil que defendem os direitos das mulheres.

Tabela 19 - Relação % sobre o facto que uma mulher tenha o direito a ter relações com quem e quando quiser, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Muito de acordo	28.8	22.7
De acordo	24.5	16.8
Pouco de acordo	20.1	11.2
Não concordo	24.9	46.6
Não responde	1.7	2.7
Total	100	100

No entanto, como a Tabela 20 informa, 72,3% das jovens consideram violência a obrigação da mulher manter relações sexuais contra sua vontade, contra 59,8% dos homens. Embora estes resultados possam significar uma maior rejeição da violência sexual cometida no contexto do namoro ou da conjugalidade, é muito preocupante que cerca de 25,7% de raparigas e 37,6% de rapazes estejam em desacordo ou tenham “pouco acordo” com o facto de a obrigação à relação sexual ser violência.

Tabela 20 - Relação % sobre o facto de o namorado/marido obrigar a parceira a ter relações sexuais ainda que ela não o deseje, ser uma forma de violência sexual, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Muito de acordo	41	29.7
De acordo	31.2	30.1
Pouco de acordo	12.2	17
Não concordo	13.5	20.6
Não responde	2	2.5
Total	100	100

Se analisarmos comparativamente estes resultados com as respostas à questão sobre serem as mulheres responsáveis pela agressão sexual que sofrem (Tabela 21), continua evidente que os princípios da sujeição feminina não sofreram grandes e profundas alterações em Moçambique: para 36,7% de raparigas e 54,7% de rapazes é justificável a agressão das mulheres que têm uma atitude “provocante”. Estes valores podem ser explicados pelo contexto público que acusa as jovens de serem responsáveis pela violação dos seus próprios direitos. É frequente, os *media*, organizações da sociedade civil e dirigentes do Estado, esvaziarem a responsabilidade dos agressores, transformando a rapariga que é violada e é vítima, em culpada.

Tabela 21 - Relação % sobre se são as mulheres que têm uma atitude provocante as que sofrem agressões sexuais, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Muito de acordo	12.2	27.3
De acordo	24.5	27.4
Pouco de acordo	31.9	25.3
Não concordo	28.8	17.7
Não responde	2.6	2.3
Total	100	100

No que se refere à gravidez (Tabela 22), 26% das jovens consideram que a responsabilidade da gravidez é sua, contra 15% dos rapazes. Esta informação pode ser interpretada de formas diferentes e contraditórias: por um lado, as respostas podem ter acentuado o conhecimento meramente técnico (para haver gravidez é preciso haver dois indivíduos de sexos opostos), mas por outro lado, pode querer dizer que para mais de 1/3 das raparigas, engravidar implica apenas uma decisão pessoal. O que é interessante é constatar as diferenças (em quase 10%) com os valores apresentados pelos rapazes, o que pode ser interpretado como assunção da partilha de responsabilidades mas também pode ter a ver com algumas representações sociais que concebem a mulher grávida como mera guardiã do filho do homem.

Tabela 22 - Relação % sobre de quem é a responsabilidade da gravidez, se principalmente da mulher, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Muito de acordo	11.6	6.6
De acordo	14.4	8.4
Pouco de acordo	10	14.7
Não concordo	63.5	67.1
Não responde	0.4	3.1
Total	100	100

Ainda relacionado com a gravidez e com a sua interrupção (Tabela 23), as opiniões dividem-se, ainda que seja maior o número de jovens que não estão de acordo com o aborto: 60,5% dos jovens e 55% das raparigas não concordam, contra 44,2% e 38,2% que estão de acordo que numa situação indesejada as jovens possam abortar. Esta situação pode traduzir a continuidade de uma moral que penaliza o controlo do corpo pelas próprias mulheres, associada ao peso dos tabus das sociedades tradicionais e à “utilidade” das crianças como recurso e investimento. Como exemplo referimos estudos feitos no sul de Moçambique (Casimiro et al., 2002), que mostram a existência de preconceitos relativamente às mulheres que abortam (“dormir com mulher que abortou, mata”), como foi também verificado nas entrevistas realizadas ao longo deste estudo.

Tabela 23 - Relação% sobre se estaria de acordo que uma mulher que fique grávida, num contexto não desejado, possa abortar, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Muito de acordo	17.5	14.7
De acordo	26.7	23.5
	44.2	38.2
Pouco de acordo	29.8	26.1
Não concordo	25.2	34.4
	55	60.5
Não responde	0.9	1.3
Total	100	100

2. SIDA, Conhecimento, Exercício e Direitos

Desde meados da década de 90 que, em Moçambique, existe um programa de combate ao HIV/SIDA, dirigido centralmente pela Comissão Nacional do Combate ao SIDA (CNCS). Em todos os sectores públicos existe, através dos seus planos estratégicos, uma ou mais componentes que estabelecem estratégias de combate à doença. A criação de postos-sentinelas e a identificação estatística da doença tem permitido reconhecer a gravidade da situação. Ao mesmo tempo e em coordenação com as políticas públicas, organizações da sociedade civil têm desenvolvido nos últimos 10 anos, de forma contínua e sistemática, campanhas de esclarecimento sobre a natureza do HIV/SIDA, formas de transmissão e de prevenção. A mediatização destas acções e o surgimento de organizações de amigos e familiares de seropositivos que, de forma corajosa têm contribuído para quebrar o “secretismo” e a “invisibilidade” da doença, transformando-a em algo concreto e “interno” à sociedade moçambicana, tem contribuído para romper com alguns mitos que situavam no estrangeiro e no “outro” a origem e a propagação da doença.

Mas se se pode afirmar que o país tem assumido o combate ao HIV/SIDA como uma questão de desenvolvimento dentro dos Objectivos do Milénio, constata-se a coabitação de discursos que tentam conciliar, no que respeita ao enfoque do problema, posições ideológicas diferenciadas. Por exemplo, as mensagens médicas acentuam a informação técnica, as mensagens religiosas e governamentais (de alguns sectores) privilegiam a dimensão moralista da fidelidade e da abstenção e praticamente nenhuma organização da sociedade civil incorpora nas suas acções os direitos sexuais. Isto significa que os alvos dos discursos se apropriam das mensagens da forma que mais convém ao contexto e à posição que ocupam. Ou seja, a informação recebida pode eventualmente influenciar os níveis de conhecimento, sem que sejam compreendidos e alterados os comportamentos sexuais.

2.1. O conhecimento

Ao analisarmos neste capítulo as respostas de estudantes universitários, temos que recordar que nos estamos a referir a jovens que têm sido sujeitos a uma longa formação escolar, que vivem nas cidades e que têm acesso privilegiado à informação. Por esta razão não podem ser feitas extrapolações para outros grupos e para outros contextos.

Se considerarmos o conhecimento sobre a doença e formas de transmissão e prevenção descritos nas Tabelas 24, 25 e 26, constata-se que está claro que para rapazes (93,9%) e para raparigas (82,5%) o SIDA mata, o SIDA não é doença de homossexuais, prostitutas e drogados (Tabela 22) e que o SIDA se transmite através de relações sexuais desprotegidas (94,5% de rapazes para 84, 5% de raparigas).

No entanto, a Tabela 24 mostra que persistem alguns níveis de ignorância que podem ser considerados graves: 16,5% de rapazes e 10,7% de raparigas afirmam que se pode prevenir o SIDA com lavagens após a relação sexual e 16,8% e 10,7%, respectivamente, de rapazes e de raparigas dizem ser falso que se apanhe a doença por via oral e anal. Se tivermos em conta a soma destes dois indicadores, verifica-se que mais de 30% dos rapazes e 21% das raparigas consideram a lavagem dos genitais e o sexo oral como não passíveis de transmitir a doença. Por outro lado, apesar das campanhas contra a

discriminação dos portadores de SIDA, continuam a existir preconceitos que, no quotidiano das famílias, reflectem uma situação de estigmatização dos doentes. É interessante e merecedor de mais aprofundamento o facto de as raparigas serem as que menos sabem que a doença mata (há uma diferença de 10% com os rapazes) e as que concebem a partilha do banho e da latrina como possibilidade de contágio (8% de raparigas contra 2,7% de rapazes). Isto é tanto mais grave quando se reconhece que as mulheres são as cuidadoras dos doentes.

Tabela 24 - Relação % do conhecimento sobre o SIDA, segundo mulheres e homens

Sexo	Variáveis	Categorias			
		Verdadeiro	Falso	Não sei	Total
Mulheres	Pode-se contagiar por dar um beijo no rosto a uma pessoa contaminada	3.7	93.3	3	100
	É uma doença que mata	82.5	15.7	1.8	100
	Qualquer pessoa p contagiar-se utilizando a mesma máquina de barbear de um seropositivo	87.5	3.4	9.2	100
	Uma boa limpeza genital depois de ter sexo ajuda a prevenir o SIDA	10.7	58.2	31.1	100
	Não se adquire por ter sexo oral ou via ânus	10.7	81.3	8	100
	É uma doença q/só afecta homossexuais, prostitutas e drogados	1.8	97.5	0.7	100
	Qualquer pessoa se pode contagiar se utiliza o mesmo banho ou latrina de um seropositivo	8	85.8	6.2	100
Homens	Pode contagiar-se por dar um beijo no rosto a uma pessoa contaminada	3	91.9	5.1	100
	É uma doença que mata	93.9	5.4	0.6	100
	Qualquer pessoa se pode contagiar utilizando a mesma máquina de barbear de um seropositivo	80.7	8.6	10.7	100

	Uma boa limpeza genital depois de ter sexo ajuda a prevenir o SIDA	16.5	50.9	32.5	100
	Não se adquire por ter sexo oral ou via anal	16.8	78.9	4.3	100
	É uma doença q/só afecta homossexuais, prostitutas e drogados	2.2	96.4	1.3	100
	Qualquer pessoa se pode contagiar se utiliza o mesmo banho ou latrina de um seropositivo	2.7	94.8	2.5	100

A Tabela 25 mostra que todas e todos os jovens reconhecem que o SIDA se transmite sem protecção, mas mesmo assim os rapazes estão melhor informados (94,5% para 84,5% de raparigas), e que o sangue infectado é a forma mais perigosa de contaminação (aliás, tanto para rapazes, como para raparigas esta é a forma de contágio com maior peso). Chama-se a atenção que as respostas sobre sangue contaminado podem significar tanto que os jovens têm a informação correcta, como (se, se considerar simultaneamente as respostas sobre a transmissão através das relações sexuais desprotegidas) que há uma resistência em considerar a protecção sexual como factor determinante na transmissão da doença. Nesta linha de pensamento, é interessante evidenciar que o peso que as raparigas conferem às relações sexuais desprotegidas ocupa a sexta posição (penúltima), no conjunto de variáveis desta questão. Esta desvalorização da protecção pode ser entendida como desculpabilização para a realização de relações sexuais desprotegidas. Outros estudos, sobre estudantes universitários, apontam (em mais de 90 %) a infecção a partir de transfusões de sangue (Sánchez et al., 2002).

**Tabela 25 - Relação % sobre como se transmite o SIDA,
segundo mulheres e homens**

Sexo	Variáveis	Categorias				
		Verdadeira	Falsa	Não sei	Não responde	Total
Mulheres	Relações sexuais desprotegidas	84.5	7.2	5	3.3	100
	Relações Homossexuais	63.5	10.3	21.8	4.4	100
	De mãe para filho (gravidez, parto e aleitamento)	93	2.2	3.1	1.7	100
	Contaminação por sangue de pessoa infectada	96.9	0.2	1.7	1.1	100
	Transfusão de sangue contaminado	97.6	0	1.1	1.3	100
	Uso de instrumentos cortantes não esterilizados	95.6	1.3	2	1.1	100
	Violação sexual	88.9	2.6	6.3	2.2	100
Homens	Relações sexuais desprotegidas	94.5	2.2	1.8	1.4	100
	Relações Homossexuais	58.2	12.5	26.5	2.9	100
	De mãe para filho (gravidez, parto e aleitamento)	92.3	2.9	2.9	1.9	100
	Contaminação por sangue de pessoa infectada	96.1	0.4	1	2.5	100
	Transfusão de sangue contaminado	97.4	0.6	0.6	1.3	100
	Uso de instrumentos cortantes não esterilizados	95.2	1.4	1.8	1.6	100
	Violação sexual	77	6.9	12.9	3.2	100

Na Tabela 26 constata-se que a forma principal de evitar o SIDA é o uso do preservativo (93% mulheres e 94,2 homens) e o peso menor refere-se a “diminuir parceiros” (67,7 mulheres e 49,4 rapazes). Isto revela que, segundo os inquiridos, não é esta a forma de evitar o SIDA, a não ser que seja associada a outras variáveis, mas também pode ser demonstrativo, tal como outros estudos

comprovam, que o conhecimento que têm sobre o SIDA não implica a alteração das representações sociais, que naturalizam como inerente à sexualidade masculina, a multiplicidade de parceiras. Em outros estudos a valorização do preservativo como meio de prevenção é bastante alta (91% dos inquiridos), mas também se verificam crenças a este respeito, observando-se que cerca de metade (40%) pensa que tendo unicamente relações heterossexuais não existe risco de contágio (Sánchez et al., 2002).

Tabela 26 - Relação % de como se evita o SIDA, segundo mulheres e homens

Sexo	Variáveis	Categorias				
		Verdadeira	Falsa	Não sei	Não responde	Total
Mulheres	Uso de preservativo	93.0	2.8	2.8	1.3	100
	Abstinência sexual	89.3	5.7	3.5	1.5	100
	Fidelidade	81.2	10.7	5.9	2.2	100
	Diminuir o número de parceiros	67.7	22.1	7.6	2.6	100
	Esterilização de objectos cortantes	93.4	1.3	3.1	2.2	100
	Não compartilhar seringas	92.6	1.7	2.6	3.1	100
Homens	Uso de preservativo	94.2	1.8	2.2	1.8	100
	Abstinência sexual	89.6	4.5	3.6	2.2	100
	Fidelidade	82.2	9.1	7.1	1.6	100
	Diminuir o número de parceiros	49.4	35.1	12.5	3.1	100
	Esterilização de objectos cortantes	90.9	2.9	3.4	2.9	100
	Não compartilhar seringas	91.9	1.7	3.5	2.9	100

2.2. Relação entre conhecimento e práticas

Outros trabalhos têm demonstrado que há pouca relação entre o conhecimento da doença, formas de prevenção e transmissão, e as práticas sexuais. Neste inquérito aplicado pela primeira vez a estudantes universitários em Moçambique, fica evidente que não há uma relação directa entre formação académica e práticas, e portanto entre conhecimento e mudanças no comportamento sexual. Isto significa que continuam a existir muitas dificuldades em alterar o que se considera “normalidade” das relações sexuais. Se estas dificuldades estão patentes em estudos realizados em todo o mundo, incluindo em países desenvolvidos (Usieto & Sastre, 2002), em Moçambique, persiste ainda uma concepção que pensa na relação sexual como depósito do esperma no corpo da mulher, não sendo por acaso que expressões como “ não como banana com casca” ou “não tomo banho de camisa” são recorrentes no discurso justificativo do não uso do preservativo. Estas expressões não representam apenas as resistências naturais que uma doença deste tipo provoca nos comportamentos, mas exprimem um modelo de construção de identidades sexuais que se exerce como forma de poder e controlo.

A Tabela 27, ao demonstrar que apenas metade e menos de metade no que se refere às jovens utilizam sempre o preservativo, põe a nu a contradição entre o conhecimento sobre a doença e as práticas sexuais. Se tivermos ainda em conta que mais de 30% de rapazes tiveram nos últimos seis meses mais do que uma relação sexual (Tabela 17), ficamos com uma ideia do grau de exposição e vulnerabilidade ao HIV/SIDA, dos e particularmente das jovens universitárias. As diferenças (cerca de 12%) entre os rapazes e as raparigas que usam sempre o preservativo, são menores do que em outros estudos feitos com jovens e demonstram que menos de metade dos/as universitárias sexualmente activos utilizavam sempre o preservativo (Gras et al., 2000, citado por Sánchez et al., 2002³⁸). Eles revelam, no entanto, a persistência da incapacidade das jovens universitárias imporem a realização de uma relação sexual segura. Por outro

³⁸ Gras, M., Planes, M., Soto, J. y Font-Mayolas, S. (2000). Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con el SIDA: estudio comparativo con cinco muestras de universitarios, Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 54. pp. 39-45

lado, parece-nos que se tivermos em conta que o preservativo é na maior parte das vezes usado como prevenção da gravidez, facto confirmado nas entrevistas realizadas para este estudo, e que mais de 30% das raparigas afirma que nunca usou, ou não respondeu à questão, constata-se que a maioria das jovens está numa situação de risco permanente. Cabe destacar que noutras investigações:

“os/as jovens afirmam empregar mais o preservativo com parceiros/as ocasionais que com a/o parceira/o habitual. Quase metade dos/as estudantes utilizavam o preservativo com companheiros/as esporádicos/as, mas mostram-se mais resistentes a usá-lo com os/as estáveis. Possivelmente a resistência deve-se às conotações que implicam solicitar ao par habitual o uso do preservativo. Por outro lado, quanto mais parceiras tem um jovem, menos utiliza o preservativo” (Lameiras & Faile, 1997; Pleck, Sonenstein, Ku, 1993)³⁹.

Isto mostra que a escolarização não é determinante para a adopção de práticas sexuais mais seguras e que, portanto, não existem diferenças assinaláveis entre os comportamentos de jovens com pouca ou nenhuma instrução e os jovens que frequentam o ensino superior.

Tabela 27 - Relação % sobre se utilizou preservativo as últimas vezes em que teve relações sexuais, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Sim, sempre	42.6	54.8
Sim, as vezes	24.7	21.8
Nunca	10.7	8.7
Não responde	22.1	14.7
Total	100	100

Relativamente às razões que levam à não utilização do preservativo (Tabela 28), fica evidente que há uma grande distribuição do peso pelas diversas variáveis. Assim, para as raparigas, o primeiro motivo para não usarem

³⁹ Estes trabalhos referem-se a estudos comparativos sobre jovens universitários, realizados em países da Europa, América do Norte (EUA) e América Latina.

preservativo é “sou fiel” (24,4%) e para os rapazes é “não o considere necessário” (22,3%). Se somarmos o primeiro e o segundo motivos, vemos que para as raparigas a fidelidade (56,3%) constitui a razão principal, seguida da confiança no parceiro, cuja soma é de 32,3%. Se atendermos aos valores da fidelidade para os rapazes, vemos que têm um peso de 36,4% (com uma variação de menos de 20% do que as raparigas) e que o indicador confiança no parceiro é ainda menor do que entre raparigas (28,3%).

O peso da fidelidade nas raparigas e “não considere necessário” nos rapazes, elucidada como a decisão do uso do preservativo escapa às mulheres. Quando o indicador “sou fiel” tem este peso entre as jovens, não levando em conta a situação do parceiro, exprime na realidade a falta de poder das mulheres, falta esta encoberta pelo discurso da fidelidade e posta a nu pelos rapazes quando afirmam “não considere necessário” o uso de protecção.

É também muito interessante e representa um avanço relativamente a outros estudos (Casimiro et al, 2002), verificar que os mitos e tabus referentes ao uso do preservativo (“tem bichinhos” e “rompe-se”) são utilizados por um número pouco significativo de jovens.

Tabela 28 - Relação % dos três motivos para não utilizar o preservativo, segundo mulheres e homens

Sexo	Variáveis	Categorias				
		1º Motivo	2º Motivo	3º Motivo	Sem consideração	Total
Mulher	Deu-me vergonha de pedir ao/à parceiro/a	5.6	2.4	1.6	90.3	100
	Não o considerei necessário	19.8	7.9	13.5	58.7	100
	Não gosto que o utilize / não gosto utilizar	0.8	3.3	2.4	93.5	100
	É incômodo e desagradável	0	0.8	3.3	95.9	100
	Se sente menos prazer	9.8	2.5	5.7	82	100
	Apenas se usa com M e/ou H ocasionais	14.3	6.3	5.6	73.8	100
	Não vale a pena porque se rompe	3.3	4.9	1.6	90.2	100
	Sou fiel	24.4	31.9	8.1	35.6	100
	Confio	16.9	15.4	22.1	45.6	100
	Tem bichinhos	0	0	0	100	100
	Outras razões	28.1	2.2	5	64.7	100
Homem	Deu-me vergonha de pedir ao/à parceiro/a	5.4	1.7	2.5	90.5	100
	Não o considerei necessário	22.3	13.2	11.6	52.9	100
	Não gosto que o utilize / não gosto de utilizar	1.7	1.3	1.3	95.8	100
	É incômodo e desagradável	2.5	1.3	2.5	93.8	100
	Se sente menos prazer	7	9.9	5.3	77.8	100
	Apenas se usa com M e/ou H ocasionais	20	9	11	60	100
	Não vale a pena porque se rompe	2.5	3.3	4.1	90	100
	Sou fiel	18.4	18	8.2	55.5	100
	Confio	11.5	16.8	16	55.7	100
	Tem bichinhos	0.8	0.8	2.9	95.4	100
	Outras razões	14.8	2.5	5.8	77	100

Tal como noutras sociedades africanas, em Moçambique os assuntos sobre sexo e sexualidade são considerados tabu. Nas famílias, a construção das identidades sexuais das e dos jovens, faz-se através de um sistema de interditos, em que a verbalização sobre o corpo e as mudanças na puberdade são objecto de grande controlo. O saber e o conhecimento são representados como sinal de violação de uma ordem que estabelece o lugar e papel dos actores sociais, em função de uma hierarquia e classificação fundadas na idade e no sexo. Também na escola, a aprendizagem da sexualidade se realiza através do enfoque na anatomia dos corpos sem que esse conhecimento seja transmitido e integrado no conjunto de saberes que orientam a vida, tal como também foi confirmado no estudo qualitativo feito ao grupo alvo. É assim que alguns estudos têm evidenciado que é com extrema apreensão e medo que as raparigas convivem com a primeira menstruação, quando os curricula escolares descrevem, desde o ensino básico, os processos e as transformações que o corpo vai sofrendo, ao longo do ciclo de vida.

É muito interessante constatar que relativamente às respostas dadas a este inquérito (Tabelas 29, 30 e 31), tanto as jovens como os jovens (respectivamente 75,8% e 80,6%) conversam com as e os parceiros sobre SIDA e que mais de 1/3 afirmam que há mudanças no comportamento sexual, como resultado dessas conversas, mudanças essas que tiveram efeito no uso do preservativo, no aumento do diálogo sobre as infecções sexualmente transmissíveis e na realização do teste do HIV/SIDA. Em relação a este último indicador, mais do dobro das raparigas (43,7% contra 23,3%) afirma ter sido testada, o que pode significar maior consciência dos riscos e da vulnerabilidade (ao não controlarem a decisão sobre protecção sexual) a que estão sujeitas.

Tabela 29 - Relação % sobre se fala com seu/sua parceiro/a sobre o SIDA, segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Sim	75.8	80.6
Não	8.5	10.5
Não sei	12.4	6.4
Não responde	3.3	2.5
Total	100	100

Tabela 30 - Relação % sobre a observância de alguma/s mudança/s no comportamento sexual da/o seu/sua parceiro/a a partir do momento em que falaram sobre o SIDA segundo mulheres e homens

Categorias	Sexo	
	Mulheres	Homens
Sim	36	42.1
Sim, mas poucas	15	22.8
Não	35	23.5
Não responde	14	11.7
Total	100	100

A leitura da Tabela 31 leva-nos a constatar que o diálogo sobre o SIDA entre os pares, “tornou o namoro mais sério”. Se somarmos a primeira e a segunda opções, esta variável tem um peso de 73%, para as raparigas e 59% para os rapazes. Esta diferença pode ser explicada possivelmente pelas expectativas que as raparigas têm sobre o amor.

Tabela 31 - Relação % sobre as três opções principais do que se falou sobre o SIDA que provocou mudanças, segundo mulheres e homens

Sexo	Variáveis	Categorias			
		P. primeira	P. segunda	P. terceira	Total
Mulheres	Se fala sobre DTS/HIV/SIDA	70.9	15.2	13.9	100
	Se usa sempre preservativo	47.1	40	12.9	100
	Às vezes aceita usar preservativo	13.5	40.5	45.9	100
	Se evita ter mais parceiras/os	13.2	44	42.9	100
	O namoro é tomado a sério	38.8	34.1	27.1	100
	Se tem medo de contrair o vírus	19.5	36.8	43.7	100
	Se preocupa em obter informação sobre a doença	7.2	27.5	65.2	100
	Se tenta ser fiel	8.6	47.1	44.3	100
	Se fez o teste de SIDA	43.7	25.2	31.1	100
Homens	Se fala sobre DTS/HIV/SIDA	67.8	17.8	14.3	100
	Se usa sempre preservativo	41.1	44.8	14.1	100
	Às vezes aceita usar preservativo	15.9	38.1	46	100
	Se evita ter mais parceiras/os	16.4	46.1	37.5	100
	O namoro é tomado a sério	23.2	36.1	40.6	100
	Se tem medo de contrair o vírus	15.5	38.1	46.4	100
	Se preocupa em obter informação sobre a doença	4.9	27.5	67.6	100
	Se tenta ser fiel	15.3	24.6	60.2	100
	Se fez o teste de SIDA	23.3	24.1	52.6	100

Ao aplicarmos este inquérito aos estudantes universitários pretendíamos identificar o modo como a frequência do nível de ensino superior influencia as

representações e práticas sobre a sexualidade. Foi nossa intenção procurar analisar como o acesso à informação (pelo menos a possibilidade de acesso) e a partilha entre dois sexos de um espaço privilegiado (como é a universidade) de aprendizagem, podem alterar a visão sobre a vida e as relações sociais, produzindo mudanças não apenas ao nível dos saberes, mas fundamentalmente dos comportamentos sexuais.

As constatações que fomos assinalando ao longo deste capítulo realçam que as diferenças e variações entre raparigas e rapazes na aprendizagem sobre sexo e sexualidade são determinadas pelo modelo androcrático que configura as relações sociais de género como relações de poder. Esta situação é claramente expressa nos mecanismos de socialização que, principalmente na infância e na adolescência, “domesticam” os corpos para e no cumprimento de papéis e funções esperados por uma ordem social que classifica e hierarquiza em função do sexo. Fica evidente por este inquérito que as distinções iniciais e fundadoras da diferença entre mulheres e homens são também o fundamento da desigualdade, isto é, a educação em casa, no bairro e na escola, embora podendo entrar em conflito e em tensão, tem como modelo uma estrutura de poder assente no sexo. Os níveis de informação e as vivências diferenciadas proporcionadas pelo ensino superior não alteram, pelo menos de forma radical, as representações e as práticas sexuais. Isto ficou exposto, por um lado, pela pouca importância conferida ao prazer e pela marca distintiva que continua a acentuar a existência de diferenças na construção das identidades sexuais e, por outro lado, pelo acordo entre a aprendizagem e o exercício da sexualidade dos jovens universitários com os que foram entrevistados nesta pesquisa.

Uma outra constatação, é que relativamente ao conhecimento sobre HIV/SIDA considera-se que os estudantes universitários têm, ao contrário de outras camadas juvenis, um grande domínio sobre a natureza da doença, as formas de transmissão e prevenção da doença. No entanto, permanecem alguns hiatos na informação como, por exemplo, o facto de se identificarem as medidas de higiene como factor inibidor do vírus, o que pode ter a ver não apenas com ausência de conhecimento, mas como justificação para se manterem relações sexuais desprotegidas. A questão principal continua, no entanto, a ser, a assunção dos direitos sexuais como alavanca para a mudança. Constata-se que continua a existir uma percepção que confere aos homens mais possibilidades

de aceder e exercer os direitos, que se traduz, por exemplo, na naturalização da multiplicidade de parceiras. Para entender o comportamento sexual de uma pessoa – mulher ou homem, é preciso entender que as relações sociais de género e a sexualidade são construídas por uma complexa inter-acção de forças sociais, económicas e culturais que determinam a distribuição de poder (Gupta, 2000). A desigualdade de poder entre mulheres e homens nas relações de género restringe a autonomia sexual das mulheres e expande a liberdade sexual dos homens, contribuindo assim para aumentar a vulnerabilidade de mulheres e homens ao HIV. Sem o reconhecimento dos direitos sexuais nas diferentes dimensões da sociedade será impossível limitar e muito menos eliminar o SIDA.

Conceição Osório
Ximena Andrade

CONCLUSÕES

As construções do feminino e do masculino e os direitos sexuais e reprodutivos na era do SIDA

Nos últimos vinte anos temos assistido ao insucesso reiterado e consistente das políticas públicas destinadas a tentar limitar e travar a expansão do HIV/SIDA. As campanhas de sensibilização, de educação e de informação, ao nível dos vários sectores, têm sido ineficazes. As grandes esperanças de conseguir mudanças comportamentais para diminuir os riscos de contaminação pelo HIV, cuja maior propagação se tem registado ao nível das relações heterossexuais, pela introdução do uso do preservativo e pela pregação a favor da fidelidade, saíram totalmente goradas. As expectativas de que a informação sobre o modo como a doença se propaga e sobre como se pode preveni-la, não foram cumpridas. Ficou provado que nem os factores informação, nem a educação (ser mais ou menos escolarizado) são directamente relevantes para a alteração dos comportamentos de riscos.

Apesar de todos estes esforços, o exercício da sexualidade continua a ser marcado pela desigualdade entre mulheres e homens. As representações e as percepções sobre a sexualidade reproduzem o modelo patriarcal e discriminatório que retira às mulheres o controlo do seu próprio corpo, o que tem implicações directas no contexto do HIV/SIDA. Num relatório do FNUAP (2005) é citada uma jovem mulher de Burkina Faso que se pergunta porque é que “sendo ela uma mulher submissa e obediente como poderia ser infectada, quando o seu marido foi sempre o único homem da sua vida”. Esta é uma contestação directa às políticas ABC⁴⁰. Há dois aspectos que devem ser realçados. Primeiro, que numa situação de desigualdade de género defender a abstinência e a fidelidade só vai conduzir a que se aumente o controlo que já se exerce sobre as mulheres. As políticas ABC não confrontam nem desafiam nenhuma das estruturas patriarcais que condicionam o exercício da sexualidade, que “autoriza” os homens a ter várias parceiras e reserva às mulheres um lugar em casa. Nestas condições, defender o uso do preservativo, o último dos

⁴⁰ Abstinence, Be faithful, Condomise; veja nota de rodapé n° 23.

enunciados desta abordagem, é totalmente inútil. Segundo, não pretendemos negar que estes programas têm criado entre os/as jovens maior consciência sobre a prevenção do HIV. Todavia, só existe impacto sempre e quando tanto rapazes e particularmente as raparigas estejam em condições de livremente tomarem decisões no âmbito do exercício da sua sexualidade.

Considerando tanto as políticas de combate ao SIDA como também os resultados que têm obtido, surgem-nos algumas interrogantes: pode uma adolescente ou jovem mulher insistir com o seu parceiro (esposo ou namorado), mais velho do que ela, que utilize ou preservativo ou que lhe seja fiel? Pode uma moça maltratada, que depende de seu parceiro para se manter e à sua família, colocar a questão da fidelidade ou a utilização de preservativo? Pode uma jovem prostituta, que se debate tentando manter os filhos ou membros da sua família, negar-se a prestar serviços a um freguês que se recusa a utilizar preservativo, especialmente se paga o dobro ou mais da importância normal? Pode uma adolescente vítima de assédio ou violação sexual proteger-se a si mesma? Finalmente, quanto ao aconselhamento da abstinência sexual até ao casamento, como podemos preservar a segurança dos jovens (particularmente das raparigas), quando a informação, proveniente dos quatro cantos do planeta, nos revela que para a maioria delas e deles a cópula iniciática teve lugar antes dos 20 anos de idade.

Quanto a nós, a principal lacuna nas políticas de combate ao SIDA é falhar em reconhecer que é necessário atacar os fundamentos da sociedade patriarcal, para que tanto mulheres como homens possam tomar decisões livres e conscientes quanto ao exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. As razões para a continuada negação desta abordagem é, por um lado, a vontade de obter respostas rápidas, uma vez que a situação de expansão do SIDA é considerada, desde há vinte anos, de grande urgência, dadas as dimensões catastróficas que tem tomado e que já eram previsíveis desde há muito. Por outro lado, essa recusa deve ser lida como a falta de vontade política em operar mudanças profundas na estrutura social, ao alterar o equilíbrio de poder nas relações de género e a enfrentar, com toda a certeza, hostilidade e antagonismo por parte de todos os sectores da sociedade. É preciso coragem até para se perder eleitores, o que tem todas as probabilidades de acontecer se se escolher seriamente

enveredar por uma abordagem de transformações profundas de crenças, de valores e de atitudes androcêntricas e discriminatórias em relação às mulheres.

Ou seja, do nosso ponto de vista, não é possível deter a expansão do SIDA, que tem ganho expressão como um processo de feminização, sem reconhecer que os padrões de disseminação do vírus assentam e se alimentam das estruturas patriarcais e dos valores androcêntricos que discriminam as mulheres, lhes retiram o controlo da sua sexualidade e limitam o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Queremos ainda realçar que a busca de respostas e soluções rápidas que tem caracterizado as intervenções nesta área tem expressão no tipo de trabalhos de investigação e de consultoria que são encomendados e financiados no âmbito de programas de combate ao SIDA. São trabalhos de curta duração (de 15 dias a três ou seis meses na sua maioria), para os quais se pedem respostas curtas e directas para preocupações pontuais, com excepção dos estudos realizados com objectivos de obtenção de graus académicos de pós-graduação (Osório & Arthur, 2002). Tentando contrariar esta tendência, procurou-se nesta pesquisa reflectir sobre os elementos que constituem os valores e as práticas da sexualidade das e dos jovens, e podem influenciar, ou não, o surgimento de novas atitudes face ao HIV/SIDA e, principalmente, face aos direitos sexuais e reprodutivos. Foi pensada como uma pesquisa de longa duração, que se propôs a estudar a “feminização do SIDA” a partir da maneira como a sexualidade de raparigas e de rapazes se constrói, e com base nas representações e nas práticas com ela relacionadas.

No tratamento da informação obtida, a nossa perspectiva foi de interpretar os pressupostos ideológicos e simbólicos que orientam, nas suas mudanças ou permanência, o sentir e as práticas dos/as jovens perante a sexualidade, no contexto dos riscos de contaminação pelo HIV/SIDA.

Os resultados da pesquisa mostram que as experiências sexuais e reprodutivas das/os jovens variam notavelmente por região, idade, sexo, raça, classe social, local de residência, entre outros, constituindo elementos importantes que explicam as diferenças das formas que assume o seu comportamento; considerando todos estes elementos, a maioria da “gente jovem” em

Moçambique, como vimos, e em todas as partes do mundo, inicia a sua vida sexual activa entre os 10 e 20 anos de idade (Mensch et al., 1998). Este processo iniciático inscreve-se num quadro de políticas e normas sociais que impõem consequências graves a muitas raparigas (maternidade não desejada, aborto clandestino, infecções de ITS/HIV, entre outros). Os rapazes expõem-se a outros riscos a partir das concepções generalizadas do significado de ser homem. Da mesma forma que algumas interpretações, também generalizadas, sobre a feminilidade, promovem a ignorância e a virgindade nas mulheres, outras ideias sobre a masculinidade “orientam” um comportamento que valoriza a conquistas sexuais, o ter várias parceiras e a realização de experiências em matéria sexual (Rivers & Aggleton, 1999).

Como vimos, ao longo do trabalho, a socialização da sexualidade realizada na base do mandato sócio-cultural em torno da construção da sexualidade, forma e estrutura as pessoas e as relações de género. Deste modo, é a partir deste mandato que se constroem “os conteúdos do dever ser homem e do dever ser mulher, do desejar ser homem e do desejar ser mulher, do poder ser homem e do poder ser mulher” (Lagarde, 2004). A partir da mesma base definem-se as formas e estruturas que se devem acatar nas relações entre elas e eles. Assim, na organização das relações de género, observou-se a construção do conjunto de concepções, valores, normas, regras, mitos, ritos, rituais e leis que, num todo articulado, constitui o conteúdo, a organização, a condução e o controle dos processos da sexualidade individual e colectiva. Pode-se assim perceber a sexualidade como um conceito que não se limita ao comportamento sexual.

Os jovens e a sexualidade

Os resultados da pesquisa mostram que é importante rediscutir alguns dos conceitos que orientaram o trabalho. A complexidade do processo de feminização e das condições em que se exercem os direitos sexuais e reprodutivos na era do SIDA, reclamam uma abordagem mais profunda, mesmo que mais a longo prazo.

Antes de mais, embora a juventude seja uma construção social que se identifica com uma determinada faixa etária, precisamos de ter em conta que esta varia. Ou seja, quem é considerado jovem num grupo populacional, não o é

necessariamente num outro, uma vez que elas/eles são um elemento dessa construção a partir dos espaços de pertença, quanto às pessoas que os circundam nas diferentes dimensões destes lugares. Por isso, talvez fosse melhor falar de “juventudes”, onde se enquadram as particularidades das/os diferentes jovens – dentro e fora da escola (pública e privada), na cidade, na capital do país, longe da cidade.

Por outro lado, quando falamos de juventude, é preciso considerar que “o risco assume forma e relevância particulares para a fase juvenil, na medida em que representa a “primeira vez” de um processo de construção, experimentação e afirmação da própria identidade. Processo cada vez mais fragmentado e ambíguo que, actualmente, se realiza por meio de um prolongamento da transição à vida adulta, no âmbito de uma dinâmica geral de desinstitucionalização do curso da vida” (Mendola, 2005). No âmbito do nosso trabalho, duas das ideias aqui expressas parecem-nos centrais: i) o risco como essencial no processo de afirmação identitária; ii) a diminuição do peso das instituições na regulação da vida dos indivíduos, o que é muito visível numa altura em que a população em idade escolar não consegue ser enquadrada na escola e o desemprego atinge níveis significativos.

Estes questionamentos remetem-nos para o conceito de identidade, que deve ser visto num âmbito mais vasto, pois, como sublinha Mayore (2004): “a configuração da identidade pessoal, é um fenómeno muito complexo em que intervêm muitos e diversos factores, desde predisposições individuais até ao desenvolvimento de diferentes habilidades suscitadas no processo de educação/socialização”. No entanto, é necessário acrescentar que, no contexto do desenvolvimento de qualquer espaço, a identidade pessoal tem origem – e nutre-se – a partir de uma identidade social ou colectiva, individualizando-se ou particularizando-se em cada pessoa. Isto é, existe a possibilidade da coexistência de diferentes identidades, mesmo que não reconhecidas *a priori*. Mais ainda, é o *logos* da dominação que não pode abarcar em toda a sua amplitude as ditas identidades, devido ao facto destas serem múltiplas, em constante mutação, estáveis e desenvolvendo em permanência estratégias de resistência.

A identidade assim concebida acentua o peso da diversidade, o que é importante para se dar conta dos diferentes meios de pertença que configuram as identidades dos jovens. Contudo, tem que se ter em consideração que situações de diversidade que saiam dos limites dos parâmetros da norma, poderiam ocasionar a exclusão. Por exemplo, foi claramente apresentado pelos jovens o seu temor em desenvolver características ou assumir comportamentos que os coloquem como “estranhos” ao grupo. Nestes casos, sobretudo quando a diversidade é percebida como diferença e /ou discrepância e não como direito, e particularmente no contexto das identidades, construídas hierarquicamente entre homens e mulheres, e mais especificamente no âmbito da sexualidade, verifica-se a exclusão (Hurtado, 2004).

No âmbito da identidade de género, o feminino, percebido como diversidade, sofre idêntico processo de exclusão, que se manifesta na percepção e exercício dos direitos das raparigas. Os resultados da pesquisa mostram claramente que a diversidade que representa o ser mulher, traz consigo uma diferente percepção dos direitos. Mais especificamente, na trama da identidade sexual – sustento da sociedade androcêntrica e sexista – observa-se que “as normas diferenciadas elaboradas pela sociedade para cada sexo não têm a mesma consideração social, já que existe uma hierarquia entre elas. Essa assimetria interioriza-se no processo de aquisição da identidade de género, que tem o seu início no nascimento com uma socialização diferencial, a partir da qual se atinge outro estágio, quando os indivíduos adaptam o seu comportamento e a sua identidade aos modelos e às expectativas criadas pela sociedade” (Mayore, 2004). É esta a base que sustenta a divisão cultural do mundo: o masculino e o feminino.

Da parte das jovens dentro e fora da escola, observaram-se duas posições: uma que defendia que os direitos numa relação sexual devem ser iguais para ambos os sexos, e outra que sustentava o *status quo*, ou seja, a desigualdade no exercício destes direitos entre mulheres e homens. A primeira posição, que só se registou sobretudo entre raparigas dentro da escola, tinha alguns limites, pois se enquadrava no âmbito de uma iniciativa masculina.

Estas posições obrigam-nos a reflectir sobre algumas questões centrais, nomeadamente a concepção de “direitos” implícita na fala dos jovens entrevistados. Ou seja, é de notar que, quando se fala no domínio da

sexualidade e reprodução, nenhum jovem, tanto do sexo masculino como feminino, fora e dentro da escola, lhe associa o conceito de “direitos”. A análise das entrevistas leva-nos a constatar que a sexualidade é bastante relacionada ao domínio da natureza, aonde não cabe falar uma “linguagem dos direitos”. Ou seja, não é percebida como construção social. Todavia, há contradições bastante visíveis nos discursos, quando se refere às prerrogativas masculinas e se justificam estas a partir das tradições e da cultura. No entanto, tal como se discutiu, nenhum jovem do nosso grupo-alvo recebeu informação sobre a sexualidade e reprodução numa perspectiva dos direitos humanos.

A apropriação das informações pelos jovens depende fundamentalmente do cruzamento da influência proveniente dos diferentes meios de pertença, ou seja, dos espaços de “circulação” e dos mecanismos de inclusão, que vão sendo alterados e recompostos ao longo da adolescência e da juventude.

A família constitui, evidentemente, o primeiro espaço de socialização no que respeita às relações sociais de género e, os seus parâmetros identitários condicionam tanto o tipo de informação ministrada, bem como os silêncios perante a sexualidade e a reprodução. Assim, segundo as diferentes classes de famílias, variam as percepções e práticas sexuais, evidentemente dentro das fronteiras destas “verdades” adquiridas. Por “verdades adquiridas” entendemos a informação interiorizada traduzida na acção.

Como já observámos, os conhecimentos relativos à sexualidade e reprodução fornecidos às/aos jovens, em termos iniciáticos, neste momento aparecem bastante débeis no seio da família. Todavia, é ainda no seu seio, onde se constrói a base identitária de género, desigual e hierárquica (a diferentes níveis segundo as classes de famílias⁴¹), que se repercute na percepção e prática da sexualidade, por parte das/os jovens na base das referências androcáticas e sexistas a que estão expostos. Quer isto dizer que, embora não normando especificamente a sexualidade, ao se definirem estritas competências e lugares do feminino e do masculino, se estão a regular os comportamentos sexuais. Por outras palavras, este referencial familiar em articulação com outros contextos

⁴¹ Situação observada em todas as unidades espaciais de estudo nas/os jovens dentro e fora da escola.

induz e reforça uma identidade cuja base tem como uma característica de relevo a assimetria de poder nas relações de género.

A escola enquanto espaço de socialização é importante na re/construção da identidade, embora a sua acção não seja vista como sendo tão directa como a família. A escola introduz a ideologia imperante das políticas do Estado e, muitas vezes, através da interpretação que delas realizam as/os docentes que, por sua vez, provêm de diferentes espaços e dimensões sociais. Porém, os parâmetros referenciais que aqui obtêm as/os jovens, no seu contínuo construtivo da identidade sexual, provêm geralmente (como já se discutiu) da informação fornecida nas aulas de biologia, lacunar e restringida a um ensino de anatomia e fisiologia humana de carácter neutro em género e direitos humanos. Para além disso, por vezes, o conhecimento assim adquirido nem sequer chega a desenvolver capacidades que lhes permitam receber as informações de prevenção mínima ao HIV/SIDA provenientes, por exemplo, entre outros, do activismo dos cantos das escolas (quando existem e/ou funcionam).

Embora, pelo menos nas políticas do sector⁴², exista a intenção de introduzir nos programas da escola assuntos relativos à sexualidade no contexto da prevenção do HIV/SIDA, esta proposta está totalmente desenquadrada de uma perspectiva dos direitos humanos. Por outro lado, a escola como espaço de pertença não desafia nenhuma das concepções desiguais de género apreendidas em espaços familiares. Embora em contextos diferentes, as masculinidades e feminilidades hegemónicas são ideologicamente reforçadas pelo funcionamento das instituições, pelo comportamento e divisão do trabalho entre professoras e professores e pelo tratamento que se dá a alunas e a alunos.

A convivência com os/as amigos/as do bairro e da escola representa um importante espaço relacional que contribui decisivamente na configuração das identidades sexuais de jovens de ambos os sexos, na escola e fora da escola, em área urbana e rural. Neste espaço não só é transmitida informação como também, e sobretudo, se adquirem valores sobre comportamentos desejáveis e se reforçam os padrões de pertença a esses grupos determinados. A reconstrução da identidade sexual neste espaço dá lugar a variadas situações

⁴² Infelizmente até à data ainda não aprovadas.

que outrora não estavam presentes (referimo-nos à geração dos pais e, ainda com maior peso à dos avós), cuja linha principal de orientação se debate no drama da inclusão/exclusão entre as/os iguais e as/os menos iguais. Concretamente, o ter ou não ter experiência sexual pode ditar a maior ou menor inclusão num determinado grupo, o que, nas palavras dos próprios jovens, significa ser ou não ser *matrecalo*. Daí que a idade iniciática se situe num intervalo de idade progressivamente menor e fora do espaço da norma indicada pelas diferentes dimensões que regulam o exercício da sexualidade – e da reprodução – controlando o corpo das mulheres: Estado, religião e normativos tradicionais e costumeiros.

Os dados de terreno mostram a centralidade deste espaço de pertença na conformação das percepções, valores e práticas da sexualidade entre as/os jovens. Ao explorar esta dimensão, constatamos, no entanto, que algumas jovens apresentam um discurso dissonante, por exemplo, no que concerne à iniciação sexual, defendendo o direito a decidir de acordo com os seus interesses e sentimentos. Outros depoimentos vão um pouco mais longe, reclamando o direito individual de decidir sobre o seu próprio corpo, independentemente da pressão do grupo.

Um outro aspecto importante é a tolerância dos grupos de jovens no que respeita a prestar serviços sexuais a troco de bens materiais, em espécie ou em dinheiro. Testemunhos, tanto de rapazes como de raparigas, indicaram serem frequentes os relacionamentos sexuais destas com homens mais velhos que elas, com o intuito de obter o que as outras possuem e que o grupo considera ser “indispensável”. Em alguns casos, podemos constatar que estamos em presença de uma forma de prostituição velada, tomada como estratégia de inclusão de grupo, mediada pela tirania do mercado. Note-se que esta prática tanto é tolerada/incentivada em jovens do sexo feminino como do sexo masculino. Já durante o estudo piloto, jovens fora da escola, activistas de educação do SIDA, no distrito da Namaacha, classificavam de “prostitutas” jovens que mantinham relações sexuais com muito homens, sem lucrar nada por isso. Pelo contrário, a que beneficiasse de alguma maneira pelos serviços sexuais prestados com igual número de parceiros, era vista com condescendência, achando ser este comportamento “normal” no contexto de estratégias de sobrevivência.

No entanto, quando se trata de analisar o peso que os grupos de jovens têm na construção da sexualidade dos seus membros, é preciso ter em conta dois tipos de situações: uma primeira é que, frequentemente, as e os jovens pertencem simultaneamente a diferentes grupos, identificando-se em termos de discurso e práticas, com um ou outro. Por exemplo, a frequência dos amigos da igreja coexiste, por vezes, com a frequência dos amigos e amigas da discoteca, do bazar e da escola, isto é, os jovens assumem comportamentos diferenciados conforme os espaços em que se inserem no momento. Uma segunda situação é que não existe uma fixação de práticas e discursos nos adolescentes e jovens, e tal como os espaços por onde circulam, os valores e saberes são objecto de constantes recomposições.

Sexualidade: permanências e mudanças

A sexualidade, como qualquer construção social, sofre mudanças ao longo do tempo e entre as diferentes gerações que, influenciadas por novos componentes sociais nos meios de pertença, assim como pela criação de novos espaços identitários, comporta modificações no sistema de percepções, valores e práticas da sexualidade humana. Estes aspectos, reflectidos na re/construção da sexualidade e reprodução, inscrevem-se nas formas que as relações de poder entre os géneros assumem, por exemplo, quanto à idade iniciática da vida sexual, à interrupção da gravidez e ao grau de adesão aos rituais de iniciação tradicionais.

Na percepção e prática da sexualidade conformada pelos normativos sociais de identidade diferenciada em termos de género, o quinto P, o poder (Gupta, 2000), desloca-se por várias dimensões relativamente à sexualidade, no imaginário, no concreto e a seguir na sua prática, e muitas vezes sem se perceber realmente que estamos em presença de relações de poder. As respostas correntes normalmente justificam esta situação, afirmando que “é assim, porque é assim”.

Quer entre rapazes como entre raparigas, este processo de construção social da sexualidade, ou seja, das suas percepções e práticas, quase nunca é racionalizado, o que significa que, para eles, é visto como algo natural. Por outro lado, há uma intencionalidade de resposta ao meio, de que eles são parte –

ou necessitam ser parte, perante o receio de exclusão. Isto é, os valores hegemónicos não são contestados ou então, raras vezes se afrontam de maneira directa. Quanto às raparigas é possível notar algumas posições discordantes que defendem o direito a decidir, enquanto para os rapazes as posições são muito mais homogéneas, reconhecendo-se que o homem na relação sexual detém a posição de poder. Alguns depoimentos mais radicais negam, inclusive, a possibilidade da existência de crimes como o de violação sexual, pois o desejo masculino legitimaria qualquer acto sexual.

Um outro aspecto a considerar é o início da vida sexual. Os dados oficiais mostram que, ao nível nacional, a média de idade na primeira relação sexual se situa nos 16 anos, sem que em geral se evidenciem sinais profundos de mudanças. Dentro do nosso grupo-alvo, embora sem dados quantitativos sobre a questão, os informadores indicaram que a iniciação sexual teve lugar por volta dos 14 anos. Isto leva-nos a sugerir que as jovens hoje em dia não iniciam a sua vida sexual em idades muito mais precoces do que as gerações anteriores, ou seja, do que as suas mães e avós. A diferença reside em que esse início de vida sexual tem lugar fora do casamento. Da parte de certos pais, portanto, o problema coloca-se em termos morais, sem que se expressem preocupações com as consequências que possa ter para as jovens a perda da virgindade, como são a gravidez não desejada e o contágio de ITS/HIV.

Um outro tema tratado com os jovens foi a interrupção voluntária da gravidez, quer dizer, o aborto, como um dos direitos reprodutivos das mulheres. As respostas situam-se num amplo espectro que vai desde uma recusa firme desta prática, até uma aceitação sob reservas. As posições são influenciadas pela orientação religiosa e pelas ideologias de género, sobre os papéis de mulheres e de homens. As opiniões de aceitação da prática do aborto, mas com reservas, justificam-se quando se reconhece não haver condições económicas e sociais para criar uma criança. As posições de aceitação partem fundamentalmente das raparigas, sendo o aborto descrito, por um lado, como um direito que as mulheres devem ter e, por outro lado, relacionando este direito ao seu significado para os filhos/as pelo facto de ser mãe solteira.

Como se pode constatar, o controlo do corpo das mulheres é a chave que permite compreender a exacta dimensão das relações sociais de género, como

relações de poder. Na realidade, a variedade de concepções sobre sexualidade e seu exercício, exprimem, por um lado, a permanência dos mecanismos de dominação entre adolescentes e jovens, mas, por outro lado, identificam-se elementos de contestação no discurso sobre direitos, como é o caso das posições atrás descritas.

Finalmente, consideramos relevante remarcar alguns pontos centrais que através desta obra têm funcionado como um fio condutor da mesma.

Em primeiro lugar, gostaríamos de dizer que o estudo sobre a “Feminização do SIDA em Moçambique”, inscreveu-se numa estratégia que tinha como fim a identificação do *modus operandi* do acesso e do exercício dos direitos humanos e os constrangimentos que impedem ou potenciam o alargamento a esses mesmos direitos, a um número cada vez maior de mulheres.

Sublinhamos ainda que tivemos em consideração as representações e práticas androcêntricas e sexistas no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos por parte de homens e mulheres e seu impacto na saúde sexual e reprodutiva, num contexto de ITS/HIV/SIDA. Também, ao longo do trabalho de pesquisa, tentámos fazer uma aproximação ao conhecimento sobre os mecanismos que levam à construção social dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, que podem, em grande parte, explicar a ineficácia das acções de controlo de doenças de transmissão sexual e da pandemia do HIV/SIDA sobretudo, diante das estratégias de prevenção do ABC que foram adoptadas, embora se possa privilegiar aquelas relativamente à consideração do empoderamento dos direitos humanos das mulheres, como são os END”s⁴³.

Acresce-se aos pontos anteriores que ponderamos os direitos sexuais e reprodutivos (DSR) como um campo onde se desenvolve a base da dominação masculina, uma vez que ao falarmos de direitos sexuais e reprodutivos estamos a falar também dos direitos das mulheres sobre o seu corpo, incluindo o direito à reprodução, ao prazer e à livre escolha no contexto da trilogia que faz a sexualidade. Estas têm assim sido desde sempre as questões centrais da

⁴³ END”s: E = eliminar a violência contra as mulheres; N = dizer não às transacções sexuais e D = desistir de namoradas adolescentes (Jackson, 2004: 133).

permanência da dominação, pelo que consideramos que se tornava fundamental compreender e caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo de mulheres e homens.

Em segundo lugar, tentámos compreender as representações e práticas sobre a sexualidade entre as/os jovens na era do SIDA, abordando uma parte dos factores que influenciam a formação de identidades e seus impactos no exercício da sexualidade. Neste exercício, tomamos como base as categorias previamente definidas para a sexualidade e para o SIDA, no que diz respeito à formação de saberes, sistema/s de poderes e às formas como os indivíduos podem e devem reconhecer-se como sujeitos produto de saberes controlados pelas normas estabelecidas pelo/s sistema/s de poderes.

O resultado da nossa análise permitiu-nos assim reconfirmar que os jovens de hoje têm que fazer face a um conflito identitário que os coloca, entre “saber”, “ser” e “querer ser”, que resultam dos variados elementos que interferem no exercício da sexualidade e a conformam.

Daí que, ao tratarmos os direitos sexuais e reprodutivos e a feminização do SIDA, ao longo deste estudo, tivéssemos retomado sistematicamente os argumentos defendidos no desenrolar dos vários capítulos, no que se refere à sexualidade e direitos humanos das mulheres, e essa mesma sexualidade na sua relação com o HIV/SIDA. A nossa análise sobre o conhecimento que as/os jovens têm sobre direitos sexuais e reprodutivos (DSR) e relações de poder, visualizados ou não nas relações sexuais, bem como os direitos que a mulher pode eventualmente manter nestas relações; a problemática da gravidez e do aborto legal; a violência sexual, e finalmente, a educação sexual dos jovens e a responsabilização pela mesma apresentam-nos evidências claras de que a desigualdade de poder entre mulheres e homens nas relações sociais de género, ao restringirem a autonomia do exercício da sexualidade das mulheres ao mesmo tempo que naturalizam a liberdade sexual dos homens, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Enquanto as mulheres não forem dotadas de instrumentos que lhes permitam na prática gozar os seus direitos de cidadãs através da realização dos seus direitos sexuais e reprodutivos, muito dificilmente será possível diminuir ou minimizar

os impactos das ITS/HIV/SIDA, pela íntima relação que encontramos entre a formação de identidades, sexualidade e as suas práticas, e vulnerabilidade à contaminação por infecções de transmissão sexual.

Se retomarmos a nossa análise relativa à situação dos DDHH das mulheres relativamente à sexualidade e reprodução, quer no que se refere aos aspectos contidos na leis de carácter nacional e internacional, quer nas diferentes políticas públicas, que contribuem para encorajar ou limitar o controlo do corpo por parte das mulheres, e entre elas, particularmente entre as adolescentes e jovens, depois da análise que fizemos ao longo destes seis capítulos, este exercício servirá para reconfirmar que os/as jovens quer do grupo-alvo quer do grupo de referência, ou desconhecem por um lado os seus direitos ou, pelos normativos socialmente vigentes, estão impedidos de os exercer.

É preciso, no entanto, que fique claro que, embora a ausência de direitos seja essencial na construção da sexualidade de rapazes e de raparigas, dado que ambos são objecto de mecanismos de socialização que condicionam o controlo dos valores e das práticas com/do corpo, as mulheres, pela sua condição de subalternidade cultural e social, são expostas de forma mais sistemática, natural e “legítima” ao HIV/SIDA.

Recomendações

Sob risco de nos repetirmos, queremos reafirmar a nossa posição de que qualquer resposta à SIDA não poderá ser sustentável enquanto as mulheres, que constituem a maioria da população em África, continuarem a não ter acesso à educação, lhes forem negados os direitos de propriedade, continuarem a viver num ambiente dominado pela violência física e sexual e sem nenhuma segurança económica. As mulheres constituem 58% do pesado fardo da SIDA. Mesmo assim, as mensagens de prevenção são insuficientes, os meios de prevenção existentes (o preservativo masculino) dependem da cooperação dos parceiros masculinos, a violência sexual é muito comum e já é usada como instrumento de guerra, nos endémicos conflitos armados que grassam no continente (UNFPA, 2005).

A nossa percepção é de que o combate à SIDA passa necessariamente pela redução da vulnerabilidade social das mulheres. Ao contrário da reacção pública à expansão da contaminação do HIV que vai no sentido de reforçar o controlo sobre o corpo das mulheres⁴⁴, nós advogamos que é necessária uma estratégia integrada que promova o acesso das mulheres à educação (primária e secundária), o reforço da protecção legal dos seus direitos de propriedade e herança, a erradicação da violência e a garantia que elas tenham um acesso aceitável aos programas de prevenção, cuidados e tratamentos e serviços de mitigação do impacto. Lidar com estas desigualdades não é só um problema das mulheres, necessita de um grande envolvimento de todas as instituições e de toda a sociedade. O chamado para o empoderamento das mulheres não é novo, mas é agora muito mais urgente. Milhões de mulheres pela África fora estão condenadas ao ciclo de pobreza e onde a SIDA vem como uma sentença de morte.

É preciso explorar e perceber a ligação entre HIV/SIDA e os direitos humanos de forma global para que se possa fazer a diferença. Em termos práticos isto

⁴⁴ Veja a referência na Introdução, sobre a “feminização da culpa”.

significaria um realinhamento dos indicadores do comprometimento político para lidar com os mecanismos patriarcais de tomadas de decisões, assegurando que os direitos humanos a nível global sejam respeitados, promovidos e implementados. Sem isto, a questão do empoderamento do género nesta era da SIDA não passará de um *slogan*. Deve-se advogar por uma maior equidade entre mulheres e homens para uma resposta efectiva ao SIDA, porque as desigualdades de género contribuem para disseminar cada vez mais a contaminação pelo HIV.

As nossas recomendações referem-se a três áreas: a pesquisa, a formação e as leis e políticas públicas.

No que respeita à pesquisa

Esta pesquisa procurou determinar a relação entre a construção da sexualidade dos jovens e as infecções sexualmente transmissíveis, particularmente o HIV/SIDA. Ficou evidenciado que, embora o conhecimento sobre a natureza destas doenças seja na generalidade dominado pelo grupo-alvo, não existe na realidade uma mudança na percepção e comportamento relativamente à sexualidade. Isto significa que a educação, aí incluídos os conteúdos e mecanismos de socialização escolar, não parece afectar o modelo androcático que distingue, hierarquiza e classifica a estrutura das relações sociais de género, determinantes para a alteração das práticas e representações da sexualidade.

Com o objectivo de alargar o campo de conhecimento sobre as sexualidades juvenis, é importante realizar mais pesquisa tendo em conta duas linhas de orientação: a primeira seria a inclusão da sexualidade num conjunto mais vasto da construção das identidades sociais, revelando outras componentes que podem, de algum modo, determinar o aparecimento de novos elementos na coesão social dos jovens. A segunda, seria a delimitação a grupos-alvo específicos que expõem e combinam um maior número de mecanismos de pertença. Ou seja, para além da idade, é interessante ter-se em conta os níveis de escolarização e os ambientes familiares e escolares comuns, o que permite que se estude intensiva e extensivamente, os contextos de mudança e transição identitária de “comunidades” de jovens. Isto quer dizer que, se por um lado se alarga o objecto de estudo (em que as identidades são tomadas de forma mais

completa e também complexa), por outro lado, se direcciona o olhar para grupos-alvo mais precisos.

Esta é, aliás, uma das linhas de pesquisa já iniciada pela WLSA Moçambique no Projecto Identidades Sociais/Sexuais e Violência, em que se procura identificar quais os elementos que “servem” para definir a identidade (ou identidades) das e dos jovens que frequentam o primeiro nível do Ensino Secundário Geral, em regiões do país com diferentes características.

No que respeita à formação

Ao nível da formação queremos salientar dois aspectos, considerando que o nosso grupo-alvo são os jovens.

O primeiro aspecto tem a ver com a educação dos jovens. Pensamos que não é suficiente transmitir informação sobre como se propaga o SIDA e sobre as formas de prevenção. É importante que haja uma educação para os direitos, particularmente dos direitos sexuais e reprodutivos. Raparigas e rapazes devem ser encorajados a aprender mais sobre o seu próprio corpo (educação sexual) e sobre os direitos que lhes estão garantidos pelo quadro legal vigente no país (incluindo os tratados e convenções internacionais assinadas/ratificadas pelo país). Os jovens devem ser informados e acompanhados para que possam tomar decisões responsáveis quanto ao exercício da sua sexualidade. Ou seja, ao invés de uma abordagem restritiva dos direitos sexuais e reprodutivos e que reforce as estruturas de dominação masculina, como é a política ABC, o enfoque deve colocar-se na educação para os direitos.

Esta actividade tem sido em parte desenvolvida por organizações da sociedade civil. No que respeita à WLSA Moçambique, desde 2006 que se está a desenhar um curso com formadores de activistas da MONASO e a elaborar um Manual, que visa atingir os jovens activistas que, na base, fazem a educação contra o SIDA.

O segundo aspecto tem a ver com os sistemas de educação a cargo do Estado, que devem ter um papel fundamental na mudança de atitudes e na eliminação

do sistema patriarcal e dos valores androcêntricos. Pensamos que duas medidas são de grande importância:

- i. A reintrodução dos programas de educação sexual a todos os níveis de educação, formal e informal, de maneira mais sistemática, com melhor controle de qualidade da leccionação e com os respectivos materiais de apoio;
- ii. A revisão de todos os programas e materiais didácticos para eliminar todas as visões sexistas e androcêntricas, explícitas ou implícitas, que contribuem para reforçar visões discriminatórias em relação às mulheres, aprisionando-as a modelos tradicionais (p.e., a imagem de muitos livros de leitura do ensino primário em que a mãe cozinha para os filhos e o pai trabalha para alimentar a família).

No que respeita às leis e políticas públicas

No concernente às leis e políticas públicas pensamos ser importante intervir em três áreas, cujos resultados serão visíveis a médio e longo prazos:

- i. A saúde sexual e reprodutiva
- ii. A violência contra as mulheres
- iii. A educação

Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, o enfoque deve ir no sentido de criação do quadro legal e da melhoria dos serviços de saúde, para garantir o seu pleno exercício. Algumas acções são urgentes:

- i. Fazer aprovar no Código Penal que se encontra em revisão a despenalização do aborto, ao mesmo tempo que se criam condições para a prestação do serviço de interrupção da gravidez nas unidades sanitárias.
- ii. Para responder ao direito a ser informado do estado de saúde do/a parceiro/a, incluir na legislação moçambicana as condições em que pode ocorrer a quebra do sigilo sobre a infecção com o HIV em relação aos parceiros, havendo necessidade de lançar o debate sobre o imperativo de fazer aprovar uma lei sobre a confidencialidade partilhada, em conformidade com as provisões do Protocolo sobre os direitos das mulheres (Carta Africana).
- iii. Incluir de forma clara e efectiva os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à saúde em todas as políticas públicas nesta área, diferenciando por

idades quanto às necessidades específicas das mulheres; ou seja, responder de forma adequada às necessidades das mulheres e sobretudo das raparigas.

No que se refere à violência contra as mulheres, é preciso garantir uma intervenção mais vigorosa nos seguintes níveis:

- i. Rever o Código Penal, atendendo à necessidade de tipificar como crime: a violação conjugal, o assédio sexual, o incesto, o tráfico humano, a violência doméstica contra as mulheres.
- ii. Fazer aprovar legislação específica e adequada contra a violência doméstica contra as mulheres e o tráfico humano, considerando que os principais alvos são mulheres e crianças.
- iii. Melhorar os serviços de atendimento ao nível policial, médico-legista, psicológico e legal, definindo não só políticas tendentes a garantir um melhor atendimento às vítimas e maior eficiência na criminalização dos agressores, como também dotando de maiores recursos materiais e humanos as instituições respectivas.
- iv. A par com a actividade que já vêm desenvolvendo as organizações da sociedade civil, as instituições estatais devem intervir no debate público para educar e sensibilizar de modo a reduzir a tolerância social em relação às formas de violência contra as mulheres, respondendo assim a uma das disposições mais importantes do Protocolo sobre os direitos das mulheres (Carta Africana) nesta área.

Na área da educação, para além do que já se discutiu quanto às necessidades de formação, deve-se garantir que:

- i. Os programas já existentes para aumentar o acesso e retenção das raparigas na escola devam ser mais aprofundados, de modo a poderem intervir para eliminar as barreiras colocadas pela sociedade patriarcal à educação das crianças e das jovens de sexo feminino.
- ii. Todas as formas de discriminação contra as raparigas e as professoras devem ser eliminadas de imediato e sem concessão, tal como o decreto que penaliza as raparigas que engravidarem (ver Capítulo II).
- iii. Devem ser energeticamente combatidas todas as formas de violência contra as raparigas, como o assédio, o abuso sexual e a violação cometidos pelos

colegas ou pelos docentes, sem prejuízo da acção criminal que couber e que deve ser da responsabilidade das instâncias de justiça do país.

Referências bibliográficas

I Parte

- Alberdi, I. (1999). “El significado del género en las ciencias sociales”. In: *Política y Sociedad* (32). Madrid, Universidad Complutense de Madrid: 9-21.
- Alcaraz, F.G. (2000). *Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete*. In: www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2014 (accedido a 02/12/2006).
- Alpizar, L.; Bernal, M. (2005). “La construcción social de la juventudes”. In: *Manual de derechos humanos de las mujeres jóvenes y la CEDAW*. Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDLAC) (www.redlac.net, accedido a 08/04/06).
- Amadiume, I. (2006). “Sexuality, African Religio-Cultural Traditions and Modernity: expanding the lens”. In: *CODESRIA Bulletin*, 1 & 2. pp. 26-28.
- AMNESTY INTERNATIONAL, s/d, What are Human Rights Based Approaches (HRBA)? In: Amnesty International Irish Section (<http://www.amnesty.ie/amnesty/live/irish/article.asp?id=10775&page=00>).
- Andrade, X. et al. (1998). *Famílias em contexto de mudanças em Moçambique*. Maputo: WLSA Moçambique.
- Araia, B. B. (2003). “A Life Course and Cross-Level Approach to the Study of HIV/AIDS in Africa”. In: *CODESRIA Bulletin*, 2, 3 & 4. pp. 48-53.
- Arnaldo, C.; Francisco, A. (2004). “As características sócio-económicas dos distritos com postos de vigilância epidemiológica do HIV/SIDA e sua influência na taxa de prevalência do HIV em Moçambique”. In: *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Atualização Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002*, Maputo: INE.
- Arthur, M.J.; Cabral, Z. (2004). “Essas gravidezes que embaraçam as escolas. O despacho do MINED”. In: *Outras Vozes*, nº 7.
- AWID (2004). “La inclusión de la perspectiva de género: ¿Es útil para los derechos de las mujeres?”. In: *Mira*, 3.
- Bastos, C. (2002). *Ciência, poder, acção: as respostas à SIDA*. Lisboa: ICS.

- Bugalho, A. (1995). *Perfil Epidemiológico, Complicações e Custo do Aborto Clandestino, Comparação com Aborto Hospitalar e Parto, em Maputo*. Campinas.
- Campuzano, D.; Mora, C. (1996). “La Sexualidad en los Jóvenes un Mundo Disonante, Problemático y Conflictivo Vivencias”. In: *MODEM Mujer* (<http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/sexujove.html> acedido a 11/02/06).
- Casimiro, I. et al. (2002). *Estudo de Base. Khuluvuka - Corredor de Esperança*. Maputo: CEA/FDC Maputo.
- Castillo, M. et al. (1996). “Conocimientos, actitudes y comportamientos sobre sexualidad en dos colectivos de jóvenes-adolescentes”. In: [www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2014/sexualidad_y_anticoncepci%](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2014/sexualidad_y_anticoncepci%20) (acedido a 24/12/2006).
- Cazes, D. (2003). “La perspectiva democrática”. In: www.europrofem.org (acedido a 05/12/2004).
- Chacha, B.; Nyangena, K. (2006). “Globalisation of sex and the problematics of gender identities in Africa: from human rights to womens’s rights to sexual freedom”. In: CODESRIA Bulletin, 1 & 2. pp. 29-36.
- Corrêa, S. (2003). “El aborto es un asunto político global”. In: Suplemento de *DAWN* para o Fórum Social Mundial, Porto Alegre, 23 a 28 de Janeiro (<http://www.choike.org/nuevo/informes/1113.html>, acedido a 12/12/ 2006).
- Donat, F. et al. (1988). “Comportamiento sexual de los universitarios: Estudio de 324 encuestas realizadas en la Escuela Universitaria de Valencia”. In: *Rev. Esp. Obst. y Gin.*, 47. pp. 237-246.
- Eisler, R. (1998). *El placer sagrado: sexo, mitos y política del cuerpo*, Vol. I. Santiago do Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Facio, A. (1992). *Cuando el género suena cambios trae*. San José: ILANU.
- Flores, R.V. (2006). “Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos”. In: http://www.cne.org.bo/proces_electoral/constituyente2006/eventos/proteccion_constitucional.pdf (Acedido 6/12/2006).
- Geração Biz (2004). *Fala rapariga, Fala rapaz. Manual do Activista*. Maputo.
- Giddens, A. (1998). *As Consequências da Modernidade*. Lisboa: Celta Editora. (4ª ed.)
- Gómez, A. (2002). “Derechos Sexuales, una utopía posible”. In: *Cuadernos Mujer Salud*, 5.

- Gómez, S. (2006). *Análisis del enfoque de Género de la Política de Salud y Educación, a través de la herramienta MAGEEQ*.- Maputo: WLSA Mozambique.
- Gonçalves, L. M. (1972). *Código Penal Português: na doutrina e na jurisprudência*. Coimbra: Livraria Almedina. (2ª Ed.)
- Gupta, G. (2000). "Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why and the how", Plenary Address. In: *Global Congress on HIV/AIDS*, Durban.
- Heilborn, M.L.; Brandão, E. (1999). "Introdução". In: M.L. Heilborn (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar. pp. 7-17.
- Hurtado G.; Martín, J. (2003). "La mujer social y la mujer histórica". In: *El Catoblepas*, 15. pp. 18- 24.
- Hurtado G.; Martín, J. (2004). "La construcción de la identidad en México". In: *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* (www.redalyc.com, accedido a 12/11/2005).
- Instituto Nacional de Estatística - INE (2001). *Inquérito Nacional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Adolescentes e Jovens. INJAD*. Maputo: INE.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2003). *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde*. Maputo: INE.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2004a). *Impacto demográfico do HIV/SISA em Moçambique. Actualização da ronda de vigilância epidemiológica 2002*. Maputo: INE.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2004b). *Projeções da população total 1997-2020 e por área de residência (Actualização)*. Maputo: INE. (2ª Ed.)
- Jackson, H. (2004). *SIDA em África: continente em crise*. Harare: SAFAIDS.
- Jimenez, C.G. et al. (1999). "Los adolescentes y su sexualidad". In: *Rev. Matronas Hoy*, 13. pp. 12-16
- Jochelson, K. (1999). "Sexually transmitted Diseases in XIX and XX Century, South Africa". In: P.W. Setel, M. Lewis and M. Lyons (eds.). *Histories of Sexually transmitted Diseases and HIV/AIDS in Sub-Sahara Africa*. Local: Greenwood.
- Johnson-Latham, G. (2004). "Power and Privileges on Gender Discrimination and Poverty". In: www.sweden.gov.se/sb/d/574/a/26831 (accedido a 12/06/2005).

- Justice Africa Organization (2002). "AIDS: Mobilisation for Social Progress of Emancipation". In: <http://www.justiceafrica.org/aids3> (accedido a 23/08/2004).
- Karlyn A; Monjane P. (1998). *Inquérito Populacional sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP). Relatório Preliminar*. Maputo: Population Services Internacional (PSI).
- Kaufman C.E et al. (2004). "Communities, opportunities, and adolescents" sexual behavior in KwaZulu-Natal, South Africa". In: *Studies in Family Planning*, 35 (4). pp. 261 -274
- Korfar, D. (1987). *Relatório de Estudo "Comportamento Reprodutivo da Mulher Moçambicana" na Província de Inhambane*. Maputo.
- Kornblit, A. L. (1997). "Sida y ITS: qué se ha hecho y qué se debe hacer". In: *IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina*, Morelia, México.
- Laire, F. (2001). "Identidad Juvenil? La insoportable levedad del Ser: Aportes para Renovar el Marco Teórico de los Estudios sobre Juventud. In: *Revista Mad*, 4. (<http://rehue.csociales.uchile.ci/publicaciones/mad/04/paper02.htm>, accedido a 11/02/06).
- Luna, M. (s/d). "A 'metamorfose ambulante' da identidade". In: http://www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto_link.asp?cod_link=1078&cod_chave=1, accedido a 01-04-2006.
- Mayore, P. (2004). "La construcción de la identidad personal en una cultura de género". In: www.creatividadfeminista.org/articulos/2004/sex04_purificacion.htm (accedido a 5/11/2005).
- Mendola, S. (2005). "O sentido do risco". In: *Tempo soc.*, 17 (2) (<http://www.scielo.br/scielo.php>, accedido a 22/02/2005).
- Miller, A. (2003). "Las demandas por los derechos sexuales". In: *III Seminario Regional, derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos. Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (Modemmujer)*. www.laneta.apc.org/cgi-bin/, accedido a 5/6/2003).
- REDLAC (2005). *Red Latinoamericana y Caribeña de jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos*. In: www.redlac.net . (accedido a 10/04/2005).
- Nunes, J. A. (2002). "Risk, uncertainty and innovation in biomedicine tumor pathology and transnational research",. In: www.ces.uc.pt/publicações/oficina/180/180.pdf (accedido a 18/01/2006).

- Obando, A.E. (2003). "Sexualidades y Derechos Sexuales". In: *WHRne*. (www.whrnet.org/docs/tema-sexualidades.html, acedido a 12/12/2006).
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006, Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation.- In: http://ohchr.org/english/about/publications/docs/FAQ_en.pdf
- ONUSIDA (2004). *Situación de la epidemia de Sida: 2004*. Ginebra.
- ONUSIDA/OMS (2005). *Situación de la epidemia de SIDA*. Diciembre 2005. Ginebra.
- Organização Mundial de Saúde-OMS (2003). *Tratar a tres millones de personas para 2005: como hacerlo realidad*. Ginebra.
- Organização Mundial de Saúde-OMS (2004). *Informes Sobre la Salud en el Mundo 2004: Cambiemos el rumbo de la historia*. Impreso en Francia.
- Organização Mundial de Saúde-OMS (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Ginebra.
- Osório, C. (2004). *Activismo e Mudança: rapazes e raparigas nas associações juvenis na cidade de Maputo*. Maputo.
- Osório, C. (2005). *Identities sociais dos jovens: corpo, poder e sexualidade, uma análise de género. Revisão da literatura*. Maputo: WLSA Moçambique.
- Osório, C.; Arthur M. J. (2002). *Direitos Sexuais e Reprodutivos. Revisão da Literatura*. Maputo: FNUAP.
- Paredes, G.V. (2006). "El diálogo de la piel". In: http://www.joveneslac.org/portal/000/publicaciones/pais_mes/2006/may/imagenes/textos/14-%20El%20dialogo%20de%20la%20piel-sexualidad.doc (acedido a 12/12/2006).
- Pleck, J.H.; Sonenshein, F.L; Ku, L.C. (1993). "Masculinity ideology: its impact on adolescent males "heterosexual relationship". In: *Journal of Social Issues*, 49 (3). pp. 11 – 29
- PSIJeito (2001). *Inquérito Populacional sobre CAPS*. Maputo.
- PSIJeito (2002). *Inquérito Populacional sobre CAPS*. Maputo.
- PSIJeito (2003). *Inquérito Populacional sobre CAPS*. Maputo.
- Rivers, K. e Aggleton, P. (1999). "Men and the HIV Epidemic". In: ONUSIDA (2001) *Enfoques innovadores en la prevención del VIH: Estudios de caso*

- seleccionados. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC414InnovAppr_es.pdf (accedido a 15/08/2005)
- Rwenge, M. (2000). "Sexual Risk Behaviors Among Young People In Bamenda, Cameroon". In: *International Family Planning Perspectives*, 26 (3). pp. 118-130.
- SADC (2000). *Relatório da Primeira Conferência da Juventude da Comunidade para o Desenvolvimento da Região Austral*. Maputo.
- Sánchez, C. S.; Rodríguez, A. C. (2000). "La sexualidad en los tiempos de VIH – SIDA". In: *Cuadernos Mujeres Salud*, 5. pp. 68 – 70.
- Sánchez, J.P.E., Sebastián, M. J.Q.; Carrillo, F.J.M. (2002). "Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia". In: <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1076> (accedido a 10/12/2006).
- Santos, F. (2004). "Género e políticas públicas". In: *Estudos Feministas*, 12 (1). pp. 47 – 70.
- Toneli, M.J.F. (2004). "Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência". In: *Psicologia & Sociedade*, 16 (1). Pp. 151-160
- UNFPA (2003). *A Situação da População Mundial 2003. Mil Milhões a Não Esquecer: Investir na Saúde e nos Direitos dos Adolescentes*. New York.
- UNFPA (2005). *Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y objetivos de desarrollo del Milenio*. New York.
- Usieto, Ricardo; Sastre, Júlia (2002), "La información y educación sobre el SIDA como estrategia de prevención en los jóvenes. una experiencia concreta entre los adolescentes escolarizados de Cantabria". In: *Revista Española de Drogodependencias*, 27 (3).- pp.445-465
- Valdez, T. (2004). "¿Que es el índice de compromiso cumplido (ICC)?". In: FLACSO.
- Zampa, R. (2004). "La 'feminización' del SIDA. Un acercamiento a la problemática del SIDA en África y su vinculación con la perspectiva de género". In: *Rébellion* (<http://www.rebellion.org/noticia.php?id=6143>, accedido a 11/02/06).

II Parte

- Conselho de Ministro (1996), Política de População. Maputo.
- Conselho de Ministros (2004) *Plano Estratégico de Combate ao SIDA*. Maputo.
- Gabinete Técnico de População (2002) *Plano de Acção para a Implementação da Política de População (PAIPP)*. Ministério do Plano e Finanças. Maputo.
- Ministério da Saúde - MISAU (2003) *Política e estratégia de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes*. Maputo, Departamento de Saúde da Comunidade. Repartição de Saúde Familiar. Saúde Escolar e Adolescente. Segunda versão. Abril de 2003.
- Ministério da Saúde-MISAU. Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra O HIV/SIDA Em Moçambique (2005) *Relatório Sobre A Revisão Dos Dados De Vigilância Epidemiológica Do HIV. Ronda 2004. Versão Final*. Maputo.
- Ministério da Saúde-MISAU/GATV (2004). *Relatório anual de 2003 dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária* (relatório preliminar). Maputo.
- Ministério de Educação-MINED (2003). *Estratégia de comunicação sobre HIV/SIDA*. Maputo.
- Ministério de Educação-MINED (2004). *Elementos para uma política do MINED em relação ao HIV/SIDA*. Proposta do Grupo de Consultores ao grupo de Trabalho de HIV/SIDA do MINED. Maputo.
- MISAU/MINED/MJD (2004) *Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*. Maputo.