1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO/ ESTADO DA ARTE

1.1 CARACTERIZAÇÃO DE MOÇAMBIQUE: História, Recursos Humanos e Globalização

1.1.1 A TERRA E A POPULAÇÃO: Geografia Física e Humana.

A caracterização de Moçambique, física e humana, foi magistralmente desenhada por IGLÉSIAS, 2007: 134, como se descreve em baixo. A seguir apresenta-se um mapa de Moçambique e a sua inserção na África Austral. Por fim, com base no trabalho de WALL, 2003: 21 mostra-se o tecido humano, sob a ótica do poder a nível público.

Assim, temos que a República de Moçambique se situa na costa sul-oriental da África e cobrindo uma superfície de 799.380 quilómetros quadrados, isto é, 786.380 de terra firme e mais 13.000 de águas interiores. O país tem como limites, a norte, a República Unida da Tanzânia, a oeste (de norte para sul), o Malawi, a Zâmbia, o Zimbabué, a África do Sul (Província do Transval) e o reino da Suazilândia. A sul, faz fronteira com a África do Sul (Província do Natal). E a leste, é banhada pelo Oceano Índico.

Em traços gerais, a República de Moçambique pode ser caracterizada por três aspetos físicos bem definidos: 1. uma zona costeira, baixa e arenosa; 2. uma zona intermédia de savana; 3. uma zona de planalto interior, mais predominante no Norte.

Tem um clima, em todo o seu território, de tipo tropical, com duas épocas distintas: a época das chuvas ( de Novembro a Março), sendo Janeiro e Fevereiro os meses mais quentes e húmidos; e a época seca ( de cinco a seis meses – estação mais fresca).

A Nação moçambicana é palco de diferentes etnias, sendo a maioria de origem Bantu, que por sua vez é constituída por diferentes formações sócio-linguísticas: ao norte – Yao, Maravi, Maconde, islamizados do litoral norte e Macua-Lomwe; ao centro – Nguni, Povos do baixo Zambeze e Xon-Karanga; ao sul – Tonga, Chope e Tsonga.

Estes são os dados disponíveis, (IGLÉSIAS, 2007: 135) mas pode-se afirmar que a população está mais concentrada na faixa costeira e nos vales dos rios principais. Nas cidades, localiza-se cerca de 23% da população, estando presentes as minorias branca, asiática e mestiça, habitando nas zonas rurais a maioria negra.

O tecido humano, do ponto de vista económico e político desenvolve-se a nível governamental, internacional e das ONG. Os sistemas políticos africanos desenvolvem-se entre sistemas autoritários, regimes militares e a democracia, nos quais se debatem e têm origem guerras civis. Exemplo de uma ONG é a Organização das Mulheres Moçambicanas (OMM), cuja atividade na consolidação da independência, se estendeu, depois da guerra civil, a programas de combate à pobreza e às desigualdades sociais, para colocar África na via do crescimento e desenvolvimento, (NEPAD, 2001: 141).

Segundo a ótica da dominância (mainstreaming), esta deve refletir partilha do poder de decisão, entre homens e mulheres, e vivido como isso mesmo, uma alternativa democrática ao autoritarismo de quem lidera.

A Liderança Africana tem, no entanto, uma crua existência, isto é, os líderes políticos em muitos países são marcados pelo patrimonialismo, corrupção, autoritarismo, e mesmo pela militarização e criminalização (WALL, 2003: 2). Aconteceu isto agora recentemente (Nov/2010) com Cotê d’Ivoire, cujo presidente Gbagbo perdeu as eleições, e se recusou a abandonar o cargo, fato que só retomou a normalidade, na primavera de 2011, por intervenção das Nações Unidas.

Nestes países são os líderes de instituições governamentais e não governamentais, públicas e privadas, que desempenham um papel central no combate ao HIV/SIDA, como se indica a seguir (WALL, 2003: 21):

i.Líderes religiosos. Entre cujas funções está o cuidar de pessoas doentes e de órfãos; renegociar os papéis de género e inclusão social e lutar contra o estigma e abusos de direitos humanos. É importante que Líderes Cristãos e Líderes Muçulmanos, atuem juntos neste tema.

ii.Líderes Comunitários. Estes incluem líderes políticos locais, chefes locais, etc; têm a responsabilidade de ir ao encontro das pessoas com quem eles vivem dia-a-dia. O seu âmbito de intervenção e orientação pode assim encorajar a igualdade, o cuidado, e o respeito; mas também, estes líderes são fazedores de decisões locais e políticas.

iiiLíderes de União Comercial. As uniões comerciais têm a capacidade, especialmente através da educação dos seus pares, de educar os trabalhadores sobre proteção e como agir de forma segura para com os que estão infetados com o HIV. A conectividade internacional das Uniões Comerciais é crucial na ajuda a providenciar lideranças, com base na solidariedade ocupacional ou profissional.

ivLíderes intelectuais. Professores, investigadores e público intelectual, têm a responsabilidade e a oportunidade de modelar o pensamento e a ação. Os académicos têm o desafio da sabedoria e de quebrar tabus. A falta de transparência é o maior obstáculo no efetivo combate ao HIV/SIDA.

v.Figuras Culturais e Sociais. As figuras culturais e celebridades ( cantores, artistas, poetas, pessoas do desporto, realeza) podem lidar com o papel de modeladores de opinião e podem ser mais efetivos na difusão de atitudes e mudança de comportamento.

vi.Líderes dos Média. Jornalistas, difusores, talk-show, atores, escritores de telenovelas. Todos estes indivíduos, e as suas respetivas instituições, têm um importante papel na educação do público, levantando temas, quebrando tabus, expondo hipocrisias de governos e figuras públicas.

vii.Líderes voluntários. A liderança de movimentos sociais e organizações voluntárias é a mais difícil de definir e alcançar. Uma comunidade baseada em organizações e ONGs pode ser flexível, rápida, inovadora e efetiva, pode encontrar soluções inesperadas no lidar com a adversidade.

Para fechar a Geografia Humana apontam-se as caraterísticas diversas do país, descritos por ARNALDO e FRANCISCO, 2004:7:

«As diferenças na grande diversidade sócio-económica do país, tende a ocultar-se por trás das semelhanças existentes. Por exemplo: a maioria da população é de raça negra; vive na zona rural; é analfabeta; não tem acesso a energia elétrica; água potável, entre outras condições básicas de vida.»;

1.1.2 Mapa de Moçambique com inserção na África Austral



Fonte: INE – Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003.

1.1.3 HISTÓRIA: O Tempo Colónia/ Tempo Samora e Guerra Civil/ Tempo Atual

Para um melhor enquadramento do presente trabalho de dissertação, com base em PASSADOR e THOMAZ, 2006: 265, apresenta-se de forma sucinta a História de Moçambique em três tempos: o tempo Colonial, o tempo Samora e Guerra Civil e o tempo Atual.

1. O Moçambique Colonial

Estende-se de fins do sec XIX até à independência do país em 1975.

Nesse período, as regiões centro e sul estabelecem referências e descendências de antigos e poderosos chefes de tribo, tais como a figura do Gugunhana, o qual é conhecido sobre resistência à ocupação Portuguesa e na sua lendária figura, na política de alianças.

Nestas histórias, o passado faz-se presente pela incorporação de espíritos e almas penadas, que anseiam por vingança de crimes passados.

No tempo colónia, os brancos cuidavam dos negócios e da burocracia, assim como os ‘canecos’ indianos católicos de origem goesa, os ‘monhês’ indianos maometanos e os ‘baneanes’ hindus dedicavam-se ao comércio. Os chineses que estavam no comércio e na agricultura.

Os anos 60 são lembrados a partir de um conjunto de paradoxos: início da guerra de libertação e acirramento dos conflitos e ao mesmo tempo, um período de maior desenvolvimento pela construção de grandes obras como a barragem de Cahora-Bassa.

1. Tempo Samora e Guerra Civil

Entre os anos de 1974 e 1977 tem lugar a fuga dos portugueses, que abandonaram em massa o país. Simultaneamente, o entusiasmo da revolução marca o início do tempo Samora.

O fim da segregação racial e a construção de um regime socialista vieram acompanhados de uma crescente falta de bens de consumo, da criação de um novo e brutal aparato repressivo e do início de um conjunto de conflitos que dariam origem a uma guerra entre irmãos, a FRELIMO (promotora como dissemos do Estado Socialista) e a RENAMO (caracterizados por aqueles de bandidos armados).

A guerra civil estendeu-se a todo o país e provocou uma grave crise, uma miséria sem limites, a fome generalizada, a falta de medicamentos e carências de todo o tipo.

1. Tempo Atual

O início deste período não é consensual: muitos associam a morte de Samora Machel ao Programa de Reabilitação Económica (PRE); outros aos tratados de paz entre a FRELIMO e a RENAMO em 1992, ou às primeiras eleições democráticas em 1994.

O fim da guerra é celebrado com alívio e entusiasmo por uma população exausta. O fim do regime autoritário não implicou um espaço realmente democrático e veio acompanhado de rumores em torno de guerras passadas, do enriquecimento de muitos, e de doenças, assim como de malefícios, no entender de outros.

1.1.4. PARTICULARIDADES REGIONAIS: Sociodemografia e Prevalência do HIV

Este ponto é particularmente interessante por nos ter conduzido aos itens que, em função da revisão da literatura comparada seguida em diversos autores e estudada por nós, resultou uma seleção de títulos, que verificámos posteriormente (face ao estudo do trabalho de campo folheado na Escola de Outono) poderem constituir um conjunto de variáveis dependentes a cruzar com a variável independente «Prevalência do HIV». Em suma, constituem Variáveis Dependentes, O sexo, A idade, A residência rural/urbana, Migração, Taxa de mortalidade e Novas infeções de sida, Esperança média de vida e Orfãos de sida.

De referenciar o interesse do título «Particularidades Regionais», no estudo do topo da doença, ou seja, a Prevalência da mesma, e o que dela podemos demonstrar, se a sujeitarmos, noutro tempo, a análise estatística. Não esqueçamos que esta é uma abordagem que segue a Geografia Física e Humana de Moçambique feita em ponto 1, e seguida ainda, em Enquadramento Teórico, pela análise médico-biológica, e pela relevância para o estudo (debate) da Dimensão de Género.

Este título é naturalmente subtraído ao «Princípio de Subsidiariedade», usado na União Europeia (EU) para referir a necessidade de nos colocarmos, ao nível mais próximo possível do cidadão. É uma forma de competir localmente, no âmbito desenhado pela Globalização.

1.1.4.1 Evolução da População

De acordo com os dados do Recenseamento Geral da População e Habitação de Moçambique de 2007 (cit. INSIDA, 2009: 4) a população moçambicana era de 20,634,434 habitantes, sendo cerca de 52% Mulheres e a maior parte residente nas áreas rurais (70%). A população adulta de 15-49 anos constituía 48% da população total e jovens de 15-24 anos constituíam pouco mais de 20 % da população.

Segundo o estudo «Mulheres e Homens em Moçambique-Indicadores selecionados de Género»; INE-2008, os dados do quadro 1 revelam que a população, no seu global, tem crescido continuamente nos censos considerados.

Um dos últimos censo populacionais (INE, 2007), revela que o país tinha 20,531 milhões de habitantes, dos quais 10,744 eram mulheres, ou seja, 52% são mulheres.

Quadro 1 – Evolução da População, 1980-1997-2007 em (000)



Gráfico 1 – Evolução da População, 1980 – 2007 em (000)



* + - 1. Distribuição da População por Sexo e Província

Sob o ponto de vista da distribuição da população, o que podemos observar é que o padrão nacional se repete a nível de província , isto é, o número de mulheres é superior ao dos homens em todas as províncias do país.

A composição da população urbana por sexo denota ser equilibrada, como acontece na Zona Centro (área rural) onde o número de mulheres é em toda ela 52%.

As províncias da zona sul, especialmente Inhambane e Gaza, são as que têm maior percentagem de mulheres (56%). Aponta-se como causa desta tendência a uma maior participação dos homens na emigração para a África do Sul.

Quadro 2 – População por Sexo, Província e Zona

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Zona | Províncias | 2007 |  |
|  | Total  | Mulher % |  |
|  | Norte | Niassa | 1178 | 51 |  |
|  | Cabo Delgado | 1633 | 52 |  |
|  | Nampula | 4077 | 51 |  |
|  | Centro | Zambézia | 3893 | 52 |  |
|  | Tete | 1832 | 52 |  |
|  | Manica | 1419 | 52 |  |
|  | Sofala | 1654 | 52 |  |
|  | Sul | Inhambane | 1267 | 56 |  |
|  | Gaza | 1219 | 56 |  |
|  | Maputo | 1260 | 54 |  |
|  | Maputo Cidade | 1099 | 52 |  |
|  | Total |   | 20,531 | 52 |  |

Fonte: INE – Censo 2007.

Segundo os dados do INSIDA, 2009: 4, citando dados do INE, 2010, a capital do país acolhia 17% do total da população urbana. As províncias da Zambézia e Nampula são as províncias mais populosas do país: juntas agregam 39% da população. A região Centro, com a maior extensão territorial (335,411 Km) é a mais populosa, com 43% da população, seguida pela região Norte, a segunda região mais extensa do país (293,287 Km) e a segunda mais populosa, com 33% da população. A região Sul é a menos extensa (170,680 Km), e a menos populosa, com 24% da população do país.

* + - 1. População Rural e População Urbana

Segundo o Quadro 3, 14 milhões do total de 20,5 milhões, reside na área rural, ou seja, quase 70% reside na zona rural, pelo que, 6,5 milhões vive na área urbana representando um arredondamento para 32%.

Quadro 3 – População por área de residência

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Área Rural | Área Urbana | Total |
| 14 milhões | 68,5% | 6,5 milhões | 31,71% | 20,5 milhões |

Fonte: INE censo 2007

Também se diferencia a mulher rural da urbana, em termos de papéis familiares tradicionais. Na área rural, as mulheres são as principais responsáveis pela subsistência agrícola, enquanto nas áreas urbanas, estas dedicam-se a atividades do setor informal ou trabalho doméstico.

Desta abordagem simples ao espaço rural/urbano, podemos admitir, como diz STEIN, 1997: 181 que «no complexo analítico a explorar» [o item rural/urbano], representa um entre outros constituindo «a residência rural/urbana; idade; status ocupacional; nível de rendimentos e educação», variáveis para medir atitudes e comportamentos, num trabalho de campo.

* + - 1. Prevalência do HIV por Sexo e Idade

A situação da mulher moçambicana é parte da realidade da mulher na África Austral. Os costumes característicos a nível familiar e cultural tomam formas mais alargadas conforme: famílias monogâmicas ou poligâmicas; zonas rurais ou urbanas; posição subalterna e discriminação de acordo com a idade e nível de escolaridade. Pelo que, desde que se começou a produzir e publicar estimativas sobre o HIV em Moçambique, as taxas de prevalência do HIV têm mostrado uma tendência de crescimento, subindo de cerca de 12% em 1998, para 14% em 2002 ( MISAU et al 2000, cit. por ARNALDO e FRANCISCO, 2004: 3)

Segundo dados do censo INE: 2008, as faixas etárias em que existem maiores percentagens de infeção situam-se entre os 25-34 anos de idade e os 35-44 anos de idade.

Nestas idades há mais mulheres infetadas do que homens, apesar de a diferença ser pequena no segundo grupo. Também na faixa dos 15-24 anos de idade existem mais mulheres infetadas pelo HIV, mas neste grupo a diferença é do dobro (4% homens; 8% mulheres).

Gráfico 2 - Distribuição da Prevalência do HIV por Sexo e Grupos Etários, em 2007



Fonte: INE – Impacto Demográfico do HIV/Sida em Moçambique.

A partir dos 45 anos a tendência inverte, com mais homens infectados do que mulheres, até estabilizar a partir dos 65 anos.

Quanto às crianças, grupos 0-4 e 5-9 anos de idade, e dado que a transmissão só pode ser por via sexual, ou exposição ao sangue, sémen, secreções vaginais, amamentação, é de querer que estamos em presença de transmissão vertical, de mãe para filho.

No Gráfico 3, num intervalo um pouco mais largo (2000-2008), a Prevalência do HIV/SIDA em Moçambique para indivíduos com idades entre os 15 e 49 anos, diferenciados segundo o género e cujos dados são apresentados pelo INE, revelam uma prevalência de 10% na população masculina no ano 2000 e que tem incrementado para quase 12% nos últimos anos.

Na população feminina a prevalência era ligeiramente superior em 2000, observando-se uma tendência ascendente mais acentuada do que na população masculina, até atingir 16% das mulheres em 2008.

Gráfico 3 – Prevalência HIV em indivíduos entre 15 e 49 anos, 2000-2008



Fonte: INE – Mulheres e Homens em Moçambique - indicadores seleccionados de género, 2008

* + - 1. Novas Infeções de Sida

O número de novas infeções decresceu significativamente no grupo com mais de 15 anos de idade, entre 2001 e 2006, como mostra o Gráfico 4. As infeções novas em crianças, desperta uma vez mais a forma como o vírus ultrapassa a transmissão meramente sexual.

Segundo PARDAL, 1996: 9, a transmissão acontece: por contactos sexuais, pelo esperma e pelas secreções vaginais; pelo sangue e utilização de drogas injetáveis (INSIDA, 2009: 4); transmissão da mãe ao filho durante a gravidez, parto ou pelo leite materno.

Considerando as crianças até 14 anos, a curva mostra uma tendência ligeira de redução das novas infeções, a partir de 2006.

A África Subsaariana no geral e a África Austral em particular, são as duas regiões do mundo mais afetadas pela epidemia. Quarenta e cinco por cento (45%) das novas infeções ocorrem no grupo etário dos 15-24 anos (UNAIDS, 2009, cit. por INSIDA, 2009: 4).

Gráfico 4 – Novas Infeções de Sida, 2000-2008

 

Fonte: INE – Mulheres e Homens em Moçambique – indicadores selecionados de género, 2008

* + - 1. Taxa de Mortalidade

Segundo os números expostos no Quadro 4, relativamente à Mortalidade por Sida, no conjunto mulheres+homens, estima-se ou aproxima-se que para o ano 2007, aproximadamente 92 mil pessoas morreram de SIDA, o triplo dos que morreram em 1998.

De notar que as cerca de 23 mil crianças em 2007, constituem cerca de um terço dos grupos 15+ e 15-49, e que as cerca de 8 mil pessoas, que em 2007 diferem entre os grupos 15+ e 15-49, são adultos amadurecidos.

A título de exemplo, os resultados preliminares do Inquérito Nacional sobre as Causas da Mortalidade (INSIDA, 2009: 3), demonstram que para todas as faixas etárias, as principais causas de mortalidade em Moçambique são a malária (29%) e o SIDA (27%).

Quadro 4 – Mortalidade por Sida, Mulheres+Homens

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Total | 0-14 | 15+ | 15-49 |
| 1998 | 30.999 | 12.238 | 18.761 | 16.953 |
| 2007 | 91.150 | 22.798 | 68.351 | 60.200 |

Fonte: INE–Mulheres e Homens em Moçambique–indicadores selecionados de género,2008

Gráfico 5 – Mortalidade por SIDA relativo ao Quadro 4.

1.1.4.7 Orfãos de Sida

 O número de órfãos de pai ou de mãe ou de ambos tem aumentado ao longo do tempo, e conforme a literatura percebe-se o quão traumático é quando a mulher percebe que vai morrer e que as suas crianças são ainda pequenas (INE, 2008: 69)

O impacto da SIDA na família pode ser devastador quando ambos os pais se tornam doentes e morrem. Será consequência da elevada taxa de prevalência do HIV/SIDA em mulheres ou de ambos? A curva para os órfãos maternos é maior do que os paternos ou de ambos.

Gráfico 6 – Órfãos (0-17 anos) devido ao SIDA, 2000-2008



Fonte: INE – Mulheres e Homens em Moçambique – Indicadores Seleccionados de Género, 2008

Ao longo do tempo, a proporção dos órfãos de SIDA tenderá a subir. No ano 2010, se não houver uma intervenção eficaz, espera-se que mais de 500 mil órfãos maternos (aproximadamente 48%), resultarão do SIDA.

O fato das mães terem morrido de SIDA não significa que todos os órfãos sejam portadores do vírus do HIV. Na realidade a maioria destes órfãos são HIV negativos, ou por terem nascido antes de a mãe ficar infetada , ou por não ter ocorrido a Transmissão Vertical (PENCS, 2004: 96).

* + - 1. Os Refugiados, Retornados e Emigrantes

Associado à mobilidade, o HIV/SIDA em Moçambique recrudesceu com o fim da guerra, isto é, com o retorno dos refugiados e a circulação de pessoas pelos corredores e fronteiras.

Um dado que chama a atenção é a concentração da epidemia nas regiões fronteiriças da África do Sul com Moçambique, Suazilândia e Botswana. A literatura existente corrobora pois, a tese de que a África Austral deve ser tomada de forma sistémica, para melhor compreendermos a epidemia (PASSADOR e THOMAZ, 2006: 275).

A prevalência do HIV/SIDA em zonas fronteiriças deve-se aos deslocamentos populacionais históricos e contínuos entre países, que resultam também em trocas culturais e de saberes ‘tradicionais’ relativos às doenças. A causa de uma maior participação dos homens na emigração, principalmente para a África do Sul, pode ser uma explicação, como já dissemos, à maior percentagem de mulheres sobre os homens nas províncias do sul (PASSADOR e THOMAZ, 2006: 279).

A grande maioria de pessoas que buscava refúgio nos países vizinhos, essencialmente no Malawi (cerca de 70%) e no Zimbabwe (cerca de 15%), onde as taxas de prevalência são mais elevadas que as de Moçambique, estabelece-se a hipótese de que a relação entre a migração e a prevalência do HIV, sugere uma correlação positiva entre estas duas variáveis (ARNALDO e FRANCISCO, 2004: 14).

Em 2002 Moçambique apresenta o menor índice de prevalência da doença entre os países da África Austral. São seus indicadores sociais, o grande contingente de deslocados, retornados e desalojados pela guerra civil (PASSADOR e THOMAZ, 2006: 275), provocando o efeito do alastramento do HIV/SIDA em Moçambique.

* + - 1. Taxa de Alfabetização

Os dados revelam que quanto maior é a idade mais elevada é a taxa de analfabetismo no sexo feminino Por outro lado, a taxa de analfabetismo nas mulheres é maior que a dos homens, em todas as faixas etárias (Gráfico 7)

Com efeito, 40% de mulheres entre os 15 e os 19anos são analfabetas, aumentando esta percentagem progressivamente, ao longo dos sucessivos grupos etários até atingir mais de 80% no intervalo 45-49 anos. Os homens atingem dois picos de analfabetismo: no grupo 25-29 anos e no grupo 45-49 anos.

Gráfico 7 – Taxa de Analfabetismo por Grupo Etário, 2005



Fonte: INE – IFTRAB 2005 (Inquérito integrado à força de trabalho).

De um modo geral , a população activa (homens e mulheres) que não sabe ler e escrever é alta (54,8%).

Entre homens e mulheres as diferenças são também grandes quase o dobro, (respetivamente 36,1% e 69,4% do Quadro 5)

Quadro 5 – Alfabetização da População Economicamente Ativa



Por outro lado, as províncias do Norte, têm as taxas mais elevadas de mulheres iletradas na força de trabalho, enquanto a Cidade de Maputo, (Zona Sul) apresenta a taxa mais baixa de mulheres analfabetas.

Como referido por LOURENÇO e TYRREL, 2009: 3, a mulher não goza ainda das mesmas condições de acesso aos serviços e recursos que os homens. Fatores como o analfabetismo limitam a emancipação relativamente aos tabus e hábitos culturais.

Contudo a partir do ano 2000, Moçambique figura como um dos países de África Austral que ocupa uma posição de destaque na escala mundial porque tem 28,6% de representatividade de mulheres no parlamento (LOURENÇO e TYRREL, 2009: 3).

Consolador é, também, verificar que, apesar de o número de mulheres africanas que escreve em Português ser baixo, a sua contribuição para a literatura tem sido significante e reflecte uma difusão preocupante com temas sociais e económicos. Muitas mulheres escrevem em jornais locais, panfletos e periódicos, poesia, pequenas histórias. (SHELDON e RODRIGUES, 2008: 424).

1.1.5.0 Extensão Informação e Prevenção: na Educação e Saúde

 Falta de Informação. Alguns países [que deduzimos africanos] abordam a problemática do HIV permitindo a ação baseados em indicadores de idade ou género, relativamente ao acesso à informação, sobre sexualidade, contraceção, prevenção da doença, preservativos e lubrificantes e cuidados de saúde. Com este trabalho levado a cabo por programas de combate à SIDA , levou à escolha de adolescentes, no providenciar de educação sexual, ou discutindo temas relacionados com sexualidade e adequadas preocupações culturais e sociais sobre como ‘proteger’ jovens mulheres [como eles] da experiência sexual (WHO, 199\_: 8).

A falta de informação que mulheres e homens têm dos seus corpos, da transmissão do HIV e o risco de sexo desprotegido, das suas necessidades, bem como de um baixo nível de educação e literacia (REID, 1995: 3-4), refletem fraco acesso à informação imprensa, conseguindo no entanto, alguma informação através da rádio e televisão (REID, 1995: 16).

PREVENÇÃO

 Neste campo faz-se referência À PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PTV) e ao TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL (TARV).

 O primeiro, conta com os recursos humanos e físicos já existentes na Saúde Materno Infantil, de formação e aconselhamento às grávidas, sendo de difícil determinação a seropositividade em crianças menores de 18 meses (PENCS, 2004: 66-68).

O segundo, é um programa ainda novo, que tem sido progressivamente introduzido em Moçambique, por ONGs como Médicos Sem Fronteiras (MSF) entre outros. A oferta de cuidados médicos paliativos aos doentes de SIDA pode representar encargos financeiros de dezenas de milhões de dólares americanos. O TARV, para um número significativo de doentes elegíveis, pode praticamente duplicar a despesa pública com a Saúde (PENCS, 2004: 103)

Educação e Saúde

Por último, são Variáveis os fatores associados com o desenvolvimento económico-cultural , tais como acesso a água; saneamento; nutrição adequada; rendimentos; trabalho; e cuidados médicos; os quais são bastante importantes para explicar variações na saúde, como sejam, mortalidade e esperança média de vida (STEIN, 1997: 179), explicado do ponto 1.1.4.5 ao ponto 1.1.4.9.