

# ABORDAGEM SÓCIO-CULTURAL EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:

## INICIATIVA PILOTO NOS DISTRITOS DE ZAVALA E MOSSURIL



MAPUTO, DEZEMBRO 2011

## FICHA TÉCNICA



Av. Ahmed Sekou Touré,

Bairro Central

Maputo – Moçambique

Tel/Fax: (+258) 21.485383

Cel: +258.826255794

[kula.epa@kula.co.mz](mailto:kula.epa@kula.co.mz)

[www.kula.co.mz](http://www.kula.co.mz)

### EQUIPE DE PESQUISADORES

HÉLDER NHAMAZE

SANDRA MANUEL

VÂNIA PEDRO

### GRUPO DE REFERÊNCIA

ASTRID BANT

DEBORA NANDJA

LORRAINE JOHNSON

ELS ROBERTO

SALMA ZAINADINE

ELLEN HEYWARD

### FOTO DA CAPA

GRUPO DE DISCUSSÃO COM PRATICANTES  
DE MEDICINA TRADICIONAL - MOSSURIL

**PRODUZIDO PARA UNESCO - MOÇAMBIQUE**

## ABREVIATURAS

<b>AMETRAMO</b>	Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique
<b>DPEC</b>	Direcção Provincial de Educação e Cultura
<b>DPS</b>	Direcção Provincial de Saúde
<b>EN1</b>	Estrada Nacional Número 1
<b>FAO</b>	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
<b>FNUAP</b>	Fundo das Nações Unidas para a População
<b>F-ODM</b>	Fundo de Apoio ao Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
<b>HOPEM</b>	Organização “Homens Pela Mudança”
<b>ITS</b>	Infecção de Transmissão Sexual
<b>MIC</b>	Ministério da Indústria e Comércio
<b>MICULT</b>	Ministério da Cultura
<b>MINAG</b>	Ministério da Agricultura
<b>MINED</b>	Ministério da Educação
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>MITUR</b>	Ministério do Turismo
<b>MJD</b>	Ministério da Juventude e Desportos
<b>ODM</b>	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PARPA</b>	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
<b>PESOD</b>	Plano Económico e Social do Distrito
<b>PMT</b>	Praticante de Medicina Tradicional
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PQG</b>	Plano Quinquenal do Governo
<b>PRM</b>	Polícia da República de Moçambique
<b>SAAJ</b>	Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens
<b>SDEJT</b>	Serviços Distritais de Educação Juventude e Tecnologia

<b>SDSMAS</b>	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SSR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

## Índice

<b>ABREVIATURAS .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
Contextualização .....	6
Objectivos da Avaliação .....	6
<b>II. METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>III. CARACTERIZAÇÃO DOS DISTRITOS VISITADOS.....</b>	<b>12</b>
III.1. Distrito de Mossuril.....	12
III.2. Distrito de Zavala.....	14
<b>IV. O PROJECTO PILOTO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....</b>	<b>16</b>
IV.1. Desenho e Estratégia de Intervenção.....	16
IV.2. Análise da Implementação e Resultados do Projecto.....	18
IV.2.1. Em Relação ao Alcance dos Objectivos Definidos.....	18
IV.2.2. Ao nível das sinergias Intersectoriais e Institucionais .....	18
IV.2.3. Ao nível da Educação Formal e Informal.....	20
IV.2.4. Ao nível dos Conhecimentos e Práticas Comunitárias relacionadas com SSR.....	21
IV.3. Análise dos Critérios de Avaliação.....	23
IV.3.1. Relevância .....	23
IV.3.2. Eficácia.....	23
IV.3.3. Eficiência.....	24
IV.3.4. Impacto .....	25
IV.3.5. Sustentabilidade .....	25
IV.4. Boas Práticas e Lições Aprendidas .....	26
<b>V. CONCLUSÕES.....</b>	<b>28</b>
<b>VI. RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>29</b>
<b>VI. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>VII. ANEXOS .....</b>	<b>32</b>

## INTRODUÇÃO

### CONTEXTUALIZAÇÃO

Com o objectivo de apoiar o Governo de Moçambique no seu trabalho sobre o papel da cultura na promoção do desenvolvimento económico e humano do país, o *Programa Conjunto do Fundo para o Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (F-ODM) para o Fortalecimento das Indústrias Culturais e Criativas e Políticas Inclusivas em Moçambique*, e o *Programa Conjunto “One UN” do HIV&SIDA* criaram o Projecto piloto de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) nos distritos focais de Ilha de Moçambique, Mossuril (ambos na Província de Nampula) e Zavala (Província de Inhambane), visando usar uma “abordagem sócio-cultural” para que práticas, normas e crenças locais sejam tomadas em consideração nos programas de saúde e educação sobre o tema da saúde sexual e reprodutiva ao nível do distrito.

O Projecto piloto de Saúde Sexual e Reprodutiva foi financiado por dois Programas Conjuntos: o Fundo para o Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (F-ODM), que foi estabelecido pelo PNUD e o Governo de Espanha a fim de apoiar as políticas e programas que prometem ter um impacto importante e mensurável para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, e o O Programa Conjunto “One UN” do HIV e SIDA, que visa fortalecer a resposta nacional no combate ao HIV e SIDA.

O Projecto piloto de Saúde Sexual e Reprodutiva foi desenvolvido especificamente para demonstrar que com investimento estratégico na integração dos aspectos sócio-culturais locais nos programas de saúde e educação ao nível do distrito, Moçambique pode contribuir de forma activa para atingir os ODM #5: Melhorar a Saúde Materna e ODM #6: Combater o HIV e SIDA, a malária e outras doenças. Com o término do Programa Conjunto de Cultura e Desenvolvimento do F-ODM, viu-se a necessidade de conduzir a presente Avaliação Aprofundada do Projecto Piloto, que constituía o resultado específico 2.1.4 (integrado na Componente 2).

### OBJECTIVOS DA AVALIAÇÃO

O objectivo da Avaliação Aprofundada era analisar e documentar todo o processo de desenho e implementação do Projecto Piloto, para além de fazer recomendações para o alargamento do mesmo a uma escala nacional. Em termos específicos pretendia-se:

1. Medir até que ponto o **Projecto piloto SSR, incluindo HIV e SIDA** e a abordagem sócio-cultural, contribuíram para as sinergias intersectoriais e interministeriais do Governo de Moçambique, ao nível distrital;
2. Medir até que ponto o **Projecto piloto SSR incluindo HIV e SIDA** e a abordagem sócio-cultural contribuíram à cooperação e sinergias entre os líderes governamentais e tradicionais na área da saúde sexual e reprodutiva e educação sexual;
3. Medir até que ponto o **Projecto piloto SSR incluindo HIV e SIDA** e a abordagem sócio-cultural alcançaram resultados no melhoramento dos conhecimentos científicos de

todos os intervenientes formais e tradicionais na educação sexual e praticantes de medicina tradicional, incluindo parteiras tradicionais, na comunidade;

4. Medir até que ponto o **Projecto piloto SSR incluindo HIV e SIDA** e a abordagem sócio-cultural geriram mudanças no ambiente dos sistemas educacionais formais e tradicionais, incluindo:

a. A nível de todos os intervenientes formais e tradicionais na educação sexual, incluindo professores, alunos, encarregados de Educação, madrinhas e padrinhos e outros (ex: nível de conforto dos professores nas salas de aula, diálogo entre pais e filhos)

b. no conteúdo dos currículos locais e materiais educacionais

5. Medir até que ponto o **Projecto piloto SSR incluindo HIV e SIDA** e a abordagem sócio-cultural geriram mudanças no ambiente dos sistemas de Saúde Sexual e Reprodutiva formal e tradicional;

6. Medir, até que ponto o **Projecto piloto SSR incluindo HIV e SIDA** e a abordagem sócio-cultural geriram mudanças na resposta à violência baseada no género, como factor de risco subjacente para muitos dos problemas relacionados com SSR, tanto á nível comunitário e familiar como também pelos fornecedores dos serviços (polícia, saúde, mídia, justiça, sociedade civil, etc.);

7. Medir, de um modo geral, até que ponto o **Projecto piloto SSR incluindo HIV e SIDA** e a abordagem sócio-cultural geriram mudanças no conhecimento, nas atitudes/valores e nas práticas referentes à saúde sexual e reprodutiva e educação sexual da população alvo.

Este é o relatório da Avaliação Aprofundada que contém quatro capítulos para além da presente Introdução. O segundo capítulo faz uma apresentação da Metodologia utilizada e o terceiro apresenta os Resultados da Avaliação. Os dois últimos capítulos são dedicados às Conclusões e às Recomendações.

## II. METODOLOGIA

A Avaliação foi realizada usando uma abordagem essencialmente qualitativa que compreendeu uma revisão documental e uma visita ao terreno para a realização de grupos de discussão e entrevistas semi-estruturadas. Foi consultada documentação diversa relacionada com a implementação do Projecto Piloto, começando pelo Estudo de Base<sup>1</sup> que a antecedeu; para além de literatura relevante para o tema da Saúde Sexual e Reprodutiva.

O trabalho de campo decorreu entre os dias 23 e 30 de Novembro. Foram visitados os distritos de Zavala e Mossuril. Estiveram envolvidos nesse processo os facilitadores do Projecto, praticantes de medicina tradicional de ambos os sexos, líderes comunitários, “halifas”, “shehes”, “naganés”, membros do Governo a nível distrital, representantes dos serviços de saúde. O quadro abaixo sintetiza o número e o tipo de contactos mantidos com cada categoria de actores:

CATEGORIA	MOSSURIL		ZAVALA	
	GFD	IND	GFD	IND
Professor	-	1	-	1
Encarregado de Educação	2	2	5	2
Representante da SDEJT		1	-	1
Médicos	-	-	-	1
Enfermeiro	-	-	-	1
Director SDEJT	-	1	-	-
Director SDSMAS	-	1	-	1
Representante Distrital de SSR	-	1	-	1
Praticante de Medicina Tradicional	1	-	3	-
Matrona	1	-	-	2
Chefe Tradicional	1	-	3	-
Representante da UNESCO	-	1	-	-
Representante do FNUAP	-	1	-	1
Coordenador Provincial do Programa Conjunto	-	1	-	-
PF do MINED	1			
PF do MISAU	1			
Representante Adjunta do FNUAP	1			
<b>Total por Distrito</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

A metodologia adoptada considerou cinco critérios básicos de avaliação a saber:

### *Relevância*

Para perceber a inserção dos objectivos e estratégias da intervenção no contexto do local de implementação, incluindo a priorização localmente atribuída ao tema da Saúde Sexual e Reprodutiva. Algumas perguntas a considerar:

- O projecto foi desenhado e implementado de forma apropriada para a área geográfica?

<sup>1</sup> KULA (2010) *Pesquisa Etnográfica: Práticas Culturais e Comunitárias de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva*

- Os beneficiários e parceiros do projecto terão sido incluídos na identificação/desenho do projecto?
- O projecto correspondeu às necessidades e aos constrangimentos do país no geral?
- O projecto respondeu e foi ao encontro das necessidades dos grupos alvos em particular?
- O projecto possui enquadramento político, programático e estratégico (harmonizado e alinhado) nas áreas sectoriais da intervenção do governo (Plano Quinquenal do Governo, Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2005/2010, Plano Estratégicos Sectoriais das áreas de Educação, Agua e Saneamento e Saúde, etc.)?
- Os beneficiários se identificaram com as intervenções do projecto como respondendo às suas reais preocupações?

### *Eficiência*

Neste item procura se analisar os meios alocados e os recursos disponíveis. Segundo este critério, verificou-se o cumprimento do orçamento e cronograma estabelecidos inicialmente para o projecto, assim como a gestão dos recursos utilizados durante a execução. Perguntas para a reflexão incluem:

- Os meios previstos permitiram realizar as actividades previstas nos prazos concedidos?
- Os recursos foram bem utilizados, isto é, os recursos foram usados de forma adequada? Dentro dos prazos requeridos e a custo mínimo?
- Os resultados obtidos estiveram à medida dos montantes dispendidos?

### *Eficácia*

A eficácia avalia o nível de cumprimento dos objectivos específicos e dos resultados, destacando os factores que afectaram a dinâmica de implementação do projecto. Avaliando em que medida os resultados alcançados estão em consonância com os objectivos definidos previamente pelo projecto. Exemplos de questionamentos:

- As actividades permitiram atingir os objectivos operacionais previstos?
- O projecto produziu os efeitos esperados?
- Os objectivos gerais e específicos fixados no início da acção foram atingidos?



*Grupo de Discussão com Pais Acolhedores (Zavala)*

### *Sustentabilidade*

A sustentabilidade de qualquer programa de desenvolvimento local depende do grau de participação e apropriação das ideias difundidas pelo mesmo por parte do grupo alvo. Com este critério pretende-se avaliar o grau de apropriação da iniciativa por parte dos beneficiários e outros actores locais.

- Em que medida e grau o projecto foi de facto apropriado pelos beneficiários?
- Estarão os beneficiários e parceiros de implementação habilitados a prosseguir com as actividades estabelecidas pelo projecto findo o seu financiamento e período de implementação?
- Os mecanismos de apropriação e continuidade das intervenções do projecto são tecnicamente e financeiramente viáveis?
- Que papéis a comunidade, os beneficiários e parceiros de implementação podem desempenhar para garantir a sustentabilidade dos resultados/acções do projecto?

### *Impacto*

Analisa os efeitos positivos e negativos que surgiram como resultado da implementação do projecto. A análise do impacto deverá procurar perceber e seguir toda a cadeia de impacto que é composta por insumos, actividades, produtos que podem ser bens materiais e não materiais, resultados ou efeitos.

- Quantas pessoas beneficiaram directamente do projecto?
- Em que medida os grupos alvos beneficiaram das actividades do projecto?
- Em que medida o projecto produziu mudanças na vida dos beneficiários?
- Em que medida as mudanças produzidas foram significativas para a vida dos beneficiários?
- Que diferenças reais a intervenção do projecto produziu na comunidade e nos beneficiários?
- Quais são os efeitos do projecto a médio ou longo prazo?

## **Factores facilitadores e factores constrangedores da Avaliação**

A pronta abertura das pessoas contactadas para colaborar com a Avaliação facilitou o seu decorrer. Em nenhuma circunstância a equipa de Avaliação deparou com situações de recusa e as pessoas foram exaustivas nas informações providenciadas. Em termos de aspectos constrangedores há a salientar o difícil acesso ao pessoal do sector da Educação durante a realização do trabalho de campo. Em alguns casos o pessoal da Educação encontrava-se mergulhado nas tarefas de supervisão da realização dos exames (nível secundário). Nos casos do nível primário, principalmente ao nível dos distritos visitados, os exames haviam terminado e toda a comunidade escolar (professores e alunos) se encontrava dispersa, em gozo das respectivas férias.

Em termos analíticos um dos constrangimentos encontrados prende-se com a necessidade de identificar mudanças tangíveis ou quantificáveis para uma iniciativa que tem como objectivo último a mudança de comportamento. Por outro lado verifica-se que o projecto piloto realizou a quase totalidade das capacitações e treinamentos programados tendo restado para a implementação

propriamente dita (debates, réplicas, campanhas de sensibilização) cerca de três a cinco meses. Essas circunstâncias tornaram difícil vislumbrar o impacto directo apesar de ser evidente que as formações atingiram os seus objectivos.

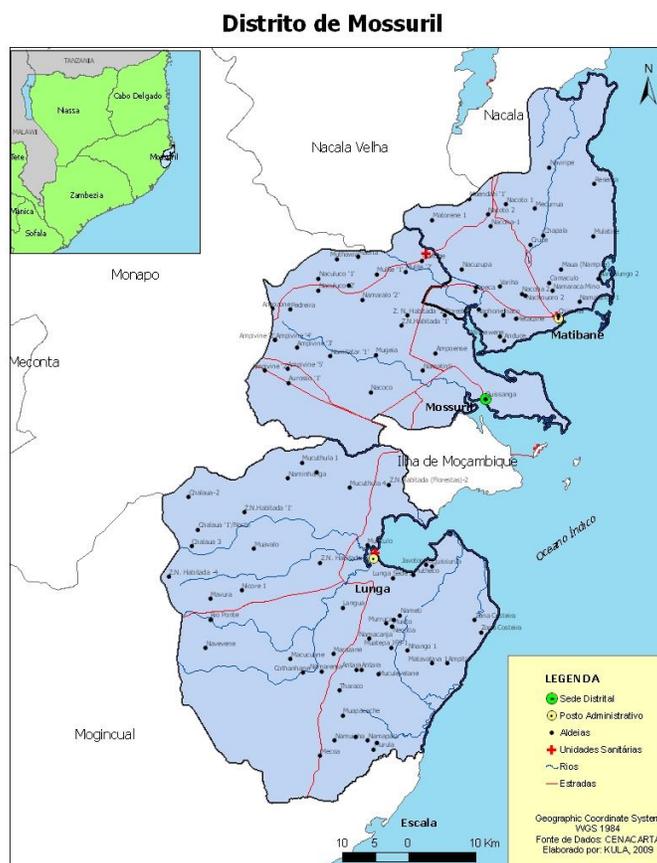
### III. CARACTERIZAÇÃO DOS DISTRITOS VISITADOS

#### III.1. DISTRITO DE MOSSURIL

Com uma superfície de 3463 km<sup>2</sup>, o distrito de Mossuril tem como limites a sul o distrito de Mongincual, a este o oceano Índico, a norte o distrito de Nacala – a – velha e a oeste o distrito de Monapo (MAE, 2005).

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

FIGURA 1: LOCALIZAÇÃO DO DISTRITO DE MOSSURIL



De acordo com os dados populacionais projectados para o ano de 2010, o distrito de Mossuril tem cerca de 98.201 habitantes. Relacionando este dado com a superfície total do distrito acima referida, calcula-se que a densidade populacional do distrito é de 28.4 hab/km<sup>2</sup>.

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

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

TABELA 1: POPULAÇÃO DO DISTRITO DE MOSSURIL POR IDADE E SEXO

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

Fonte:www.ine.gov.mz

Neste distrito habitam grupos predominantemente matrilineares, cuja sucessão é determinada pela via uterina (através das mães). Segundo dados do MAE 2005, a religião dominante é a Muçulmana praticada pela maioria da população. Existem outras crenças sendo prática corrente que os representantes das hierarquias religiosas se envolvam em coordenação com as autoridades distritais em várias actividades de índole social. No distrito 85% da população com 5 ou mais anos de idade não sabe falar português, em favor da língua materna predominante: o Emakuwa. O conhecimento da língua portuguesa é maior entre homens dado o seu maior nível de inserção nos meios sociais da escola e do emprego.

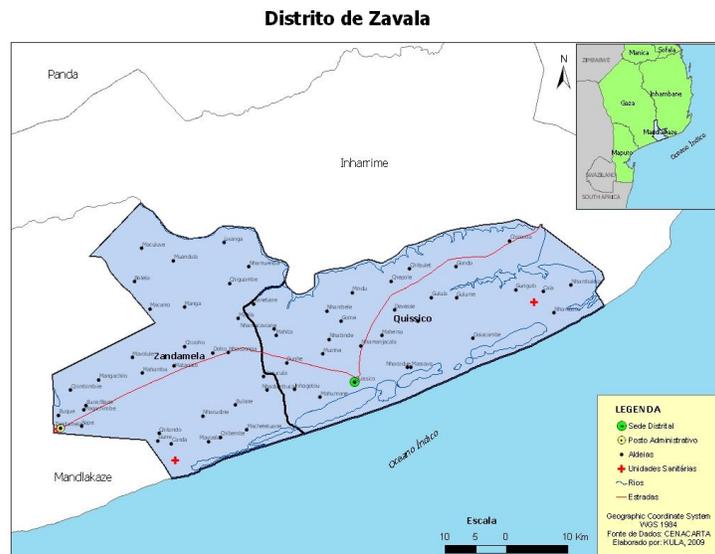
No que se refere a rede sanitária, o distrito de Mossuril tem nove unidades sanitárias dentre as quais a de maior referência é o Centro de Saúde de Mossuril. As restantes oito unidades encontram-se espalhadas pelos postos administrativos. Todo o distrito conta actualmente com uma técnica capacitada em SSR e dois médicos generalistas. O perfil epidemiológico do distrito é caracterizado por ocorrência da Malária em grande escala, sendo que as ITS mais frequentes são: Gonorreia, sífilis, Candidiase, Tricomoniase e HIV e SIDA. O centro de saúde de referência tem actualmente 490 doentes testados dos quais 34 estão em tratamento ambulatorio<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Dados fornecidos pelos SDSMAS de Mossuril.

### III.2. DISTRITO DE ZAVALA

FIGURA 2: LOCALIZAÇÃO DO DISTRITO DE ZAVALA



O Distrito de Zavala, localiza-se no extremo Sul da Província de Inhambane, entre as coordenadas 24° 10' 00" e 24° 45' 00" Latitude Sul e 35° 41' 10" e 35° 47' 30" de Longitude Este, a Norte com o Distrito de Inharrime e em grande parte limitado pelas águas do rio do mesmo nome, com quem as partilha juntamente com as Lagoas Poelela, Sul e Sudoeste com o Distrito de Manjacaze, Província de Gaza, a Sul e Este, confina a parte continental com as águas do Oceano Indico (PEDD, 2011).

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

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

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

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

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

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

Fonte:www.ine.gov.mz

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

A rede sanitária do distrito é composta por 11 unidades (1 de tipo I, 9 de tipo II e 1 Posto de Saúde) do sistema nacional de saúde e 1 Posto de Saúde Privado. Existem ainda 4 Postos Comunitários de Saúde funcionando com igual número de Agentes Polivalentes Elementares de Saúde. A malária é a doença que mais casos regista no distrito, seguido de diarreias e HIV/SIDA (PEDD, 2011).

A população originária, os Zavales, é considerada descendente da família Guambe, vindos de Guambene, na margem esquerda do rio Nhadime (Inharrime). O primeiro régulo de Quissico empossado pelo Administrador foi o senhor *Matume Quissico Nhamaide da tribo Quissico*. Actualmente, o poder tradicional dos Quissicos está nas mãos de Rafael Matuva Dingane, da mesma linhagem (MAE, 2005 citado por PEDD, 2011).

As línguas faladas no distrito são: *Chopi, Xitswa e Português*. *Txopi* é o grupo étnico mais predominante. O grupo *Txopi* é patrilinear, ou seja, a sucessão é garantida pela via masculina. Em relação à religião existem várias crenças no Distrito e representantes das respectivas hierarquias e que se têm envolvido, em coordenação com as autoridades distritais em várias actividades de índole local. A religião mais praticada é a Zione praticada pela maioria da população do Distrito (PEDD, 2011). O distrito é conhecido culturalmente por nele se praticar a dança Timbila reconhecida desde 2005 pela UNESCO como o Património Cultural da Humanidade.

## IV. O PROJECTO PILOTO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

### IV.1. DESENHO E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

O Projecto Piloto de Saúde Sexual e Reprodutiva é parte do Programa Conjunto para o Fortalecimento das Indústrias Culturais e Criativas, e Políticas Inclusivas em Moçambique, financiado pelo Fundo de Apoio ao Alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (F-ODM). Trata-se de uma colaboração entre o Governo de Moçambique – através dos ministérios da Saúde (MISAU), Educação (MINED), Juventude e Desportos (MJD), Turismo (MITUR), Agricultura (MINAG), Cultura (MICULT), Indústria e Comércio (MIC) – e o Sistema das Nações Unidas, representadas pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), pelo Fundo das Nações Unidas de Apoio à População (FNUAP) e Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO). O Programa tem como objectivos promover a contribuição das indústrias culturais e criativas para o desenvolvimento social e económico, para além de garantir a inclusão de aspectos sociais e culturais nas políticas e estratégias de desenvolvimento. Através de actividades piloto o Programa pretendia demonstrar que a cultura “pode fazer uma diferença” se for estrategicamente incluída na planificação.

Em termos conceptuais, e na linha dos seus objectivos, o Programa possui duas componentes que servem como metas a alcançar: a) É promovida a contribuição das indústrias culturais e criativas para o desenvolvimento social e económico, e b) É garantida a inclusão de aspectos sociais e culturais nas políticas e estratégias de desenvolvimento.

Na segunda componente o primeiro efeito identificado é que “Elementos Sócio-culturais são integrados nos processos de planificação e nas estratégias locais de desenvolvimento”. De entre os quatro resultados imediatos esperados o quarto estabelece que “Práticas Sócio-culturais, normas e crenças são tidas em consideração nos programas de saúde dos distritos seleccionados”. Para o alcance desse resultado foram identificadas quatro actividades prioritárias:

- a) Sensibilização e treinamento de quadros superiores do nível central dos quatro ministérios envolvidos nomeadamente Ministério da Saúde (MISAU), Ministério da Educação (MINED), Ministério da Cultura e Ministério da Juventude e Desportos (MJD);
- b) Sensibilização e treinamento de parceiros locais em Mossuril e Zavala;
- c) Iniciação e monitoria da implementação piloto; e
- d) Avaliação participativa e disseminação dos resultados alcançados na Fase Piloto.

Após a fase da conceptualização o Projecto iniciou com uma pesquisa etnográfica<sup>3</sup> que procurou identificar os principais problemas de saúde existentes, compreender os sistemas formais e informais de educação sobre saúde sexual e reprodutiva, para além de um mapeamento dos serviços disponíveis em cada um dos distritos seleccionados. Tendo como base os problemas identificados pela pesquisa e levando em conta o quadro mais amplo do Programa Conjunto foram identificados objectivos específicos a serem perseguidos:

- i) Empoderar as comunidades em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), HIV e SIDA;

<sup>3</sup> KULA (2010) *Pesquisa Etnográfica: Práticas Culturais e Comunitárias de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva*

- ii) Propor mudanças sociais mediante acções educativas focalizando aspectos sócio-culturais, apostando na comunidade como agente da sua própria mudança;
- iii) Contribuir para a promoção de boas práticas de SSR, HIV e SIDA na comunidade; e
- iv) Desenvolver na comunidade conhecimentos e habilidades para a mudança de comportamento visando a redução dos riscos e vulnerabilidade às Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e ao HIV e SIDA.

A estratégia de intervenção utilizou uma abordagem simultaneamente participativa e multisectorial. A participação foi considerada crucial no sentido em que os beneficiários eram parte activa do processo decisório, sempre considerando a primazia da sua matriz cultural como fonte de orientação para o rumo do Projecto. A multisectorialidade foi expressa pelo envolvimento de virtualmente todos os sectores ou segmentos societais existentes nos distritos seleccionados. Ou seja o “grupo alvo” passou a ser a “comunidade em geral” como estratégia para a criação de uma mudança holística. Todavia as lideranças locais, fossem elas de cariz religioso, tradicional, político ou simplesmente de opinião; constituíram um grupo privilegiado na abordagem para criar a mudança.

Com base no quadro mais amplo do Programa Conjunto F-ODM e nos Objectivos Específicos identificados para o Projecto Piloto, cada distrito foi convidado a elaborar o seu respectivo Plano de Acção (também designados “Plano de Trabalho”) usando um modelo padronizado. A elaboração dos planos seguia-se à identificação, pelos próprios membros da comunidade, dos principais problemas que a afligiam. Cada plano continha claramente identificados o “problema”, o “sub-problema” e as “actividades” a serem realizadas para a resolução do referido problema/sub-problema. Para cada actividade (ou sub-actividade) deveriam ser indicados os “actores cruciais” a serem atingidos, a instituição responsável, os resultados a serem alcançados, os indicadores e os meios de verificação. Cada distrito recebia fundos após a preparação e submissão do seu Plano de Acção.

Em cada distrito foram realizados três treinamentos que abordavam, para além de informação mais precisa sobre os problemas levantados, os conceitos básicos da saúde sexual e reprodutiva, e o quadro legal de SSR incluindo as leis da família que abordam a violência doméstica e o abuso sexual de menores. Após a formação os líderes tinham a missão de difundir os conhecimentos adquiridos usando diversas técnicas de comunicação como reuniões e debates na rádio, para além das palestras que contavam com o auxílio de cartazes ilustrativos.

O treinamento contava com a presença de 40 líderes locais, dos quais 10 (cinco pela área da Saúde e cinco pela Educação) seriam seleccionados para compor a comissão (de líderes) do distrito. A comissão de líderes era parte de uma equipa mais ampla que incluía os pontos focais de cada instituição distrital, responsáveis pela implementação das actividades. A equipa distrital recebia apoio técnico dos pontos focais provinciais das respectivas instituições e dos ministérios envolvidos. Para a realização das actividades – devidamente planificadas e orçamentadas – os líderes submetiam requisições aos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS) e aos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia (SDEJT); que por sua vez as remetiam às agências das Nações Unidas (FNUAP e UNESCO).

Em cada distrito foram treinados 25 líderes comunitários em temas por eles escolhidos relacionados com SSR, HIV e SIDA. Outros 80 líderes (por cada distrito) foram formados em Lei

da Família e do Abuso Sexual. Foi elaborado um manual a nível central para o uso dos líderes nas suas actividades de réplica.

Como se pode depreender pelas actividades narradas tratou-se de fazer uso de uma abordagem sócio-cultural que, usando os líderes locais como portas de entrada privilegiadas, procurou fazer uma aproximação e criar uma maior interacção entre os sistemas formais e informais tanto de saúde como de educação. Esta abordagem deveria permitir uma maior partilha de mensagens entre os dois sistemas, baseada num reconhecimento mútuo da existência de cada uma.

## **IV.2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS DO PROJECTO**

### **IV.2.1. EM RELAÇÃO AO ALCANCE DOS OBJECTIVOS DEFINIDOS**

Os objectivos definidos para o Projecto Piloto foram alcançados em mais de 70%. Através do cumprimento integral das actividades prioritárias previamente identificadas – sensibilização de quadros seniores de nível central e de parceiros de nível local – foi possível aumentar grandemente o nível de conhecimentos e habilidades em matéria de SSR, com ênfase especial sobre as Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e o HIV e SIDA. Esse nível de conhecimento contribuiu para o empoderamento das comunidades no que respeita a esses temas. Através dos treinamentos também tornou-se possível contribuir para a promoção de boas práticas.

Todavia considerando que o empoderamento e a proposição de mudanças, bem como o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, visam essencialmente a operacionalização da mudança propriamente dita; constata-se que pode não ser ainda a altura indicada para se aferir tal facto. Existe conhecimento e várias actividades são levadas a cabo no sentido de difundi-lo, fica por saber o nível de mudança a ser operada ao nível comportamental. Assim como fica por medir o nível exacto de contribuição do Projecto para a promoção de boas práticas de SSR, HIV e SIDA.

### **IV.2.2. AO NÍVEL DAS SINERGIAS INTERSECTORIAIS E INSTITUCIONAIS**

O Projecto Piloto de Saúde Sexual e Reprodutiva era uma das iniciativas do “Programa Conjunto” que envolvia virtualmente todos sectores de funcionamento do Governo (a todos os níveis) e várias agências das Nações Unidas. O Programa trabalhou na promoção da contribuição das indústrias culturais e criativas intervindo nas áreas de reflorestamento, comercialização artesanal, promoção de turismo cultural, planificação distrital, promoção dos direitos autorais, apenas para mencionar algumas áreas. Decorre daí que existiam pontos focais Provinciais da Saúde, Agricultura, Turismo, Indústria e Comércio; trabalhando com o FNUAP, a FAO, a UNESCO, etc. Isso espelha bem o panorama de instituições envolvidas e a necessidade de uma coordenação eficaz.

O Ponto Focal provincial indicado pelo Governo presidia às reuniões regulares que envolvia todos os PF provinciais mais os coordenadores de cada área ao nível de cada distrito. Resultou daí uma necessidade de coordenação que nem sempre foi implementada a contento. Houve problemas no início para manter um espírito de colaboração e planificação conjunta, mas no final o nível de

colaboração era já elevado. No caso da província de Nampula, por exemplo, não ficou por realizar qualquer dos encontros trimestrais de planificação.

Ao nível distrital foi possível notar que as sinergias foram positivas e profícuas, apesar de que no início a interacção entre esses actores não era boa, devido a diversos factores tais como: desconhecimento entre as pessoas, *backgrounds* diferentes, trabalho isolado e atraso na implementação do programa. Por causa da natureza do Projecto houve uma sensação inicial que a Educação e a Saúde é que deveriam se envolver na planificação, mas tal facto foi ultrapassado. Alguns outros factores podem ter determinado o nível de envolvimento da Educação e da Saúde. No exemplo trazido de Zavala a Educação e a Saúde é que mantinham encontros mensais regulares porque os seus técnicos não queriam lanches nem dinheiro de transporte.

Entraves iniciais também se verificaram no relacionamento entre o Governo e as lideranças tradicionais. O sistema formal de saúde sempre teve uma postura superior e era difícil visionar como é que se poderia fazer um relacionamento com os médicos tradicionais, como é que alguém poderia ir ao hospital e ser “referenciado” para um curandeiro. Por outro lado conflitos intestinos como por exemplo entre médicos tradicionais e pastores da seita Zione, produziram dificuldades iniciais em aspectos tão simples e banais como o local de reunião.

Presentemente é bastante importante ter mestres de ritos de iniciação, lado a lado com médicos, membros da Polícia da República de Moçambique (PRM), professores, líderes religiosos; todos juntos pela causa da Saúde Sexual e Reprodutiva. Em Zavala uma enfermeira disse que no início do projecto ela não conhecia a Lei da Família mas hoje conhece. Em Mossuril um membro da Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) fica de permanência no hospital local para comunicar os seus colegas sobre o desenvolvimento dos

### O símbolo da interligação

“Meu nome é Carima Catir sou natural daqui de Mossuril. Tenho 68 anos e sou curandeira desde os meus 30 anos de idade. Nessa altura encontrei, dentro de um barco feito de casca de coqueiro que chamamos “Macheha”, conchas numa peneira e dinheiro. Peguei no dinheiro e fui comprar doces, bolachas e pasties. Depois de ter consumido os doces e pasties fiquei doente, semi-maluca. Fui amarrada e levada para a minha terra natal. Começaram a trazer curandeiros para me curar e todos diziam que era droga. Mas da maneira que eu me sentia julgava que não era droga. Via sempre pessoas mortas à minha frente que conversavam comigo. Essas pessoas mortas não me deixavam casar nem fazer filhos. Elas mandavam-me ir ao mato buscar plantas para curar pessoas e quando voltasse sentava-me no canto da minha casa onde as pessoas vinham à procura de ajuda. Comecei o meu trabalho como curandeira e mais tarde fiquei membro da AMETRAMO.

Quando apareceu este projecto aqui no distrito eu fui formada e depois fui escolhida para ser ponto focal da AMETRAMO. Aconselho os meus colegas: quando tem um caso que está a custar muito é melhor mandar ao hospital. Eu costumo ir ao hospital falar com os médicos e os enfermeiros. Às vezes pessoas internadas no hospital pedem para serem tratadas por um curandeiro. Quando é assim vamos até ao pátio e eu ou um colega fazemos o nosso trabalho. Quando o trabalho termina o doente volta para a enfermaria. Muitas pessoas já foram curadas e tiveram alta do hospital por causa do nosso trabalho. Principalmente ‘doença de espíritos’ os médicos não conseguem ver. Quando um colega meu manda o seu doente ao hospital eu informo-o como é que aquele doente está se comportando, para ele saber. É bom trabalhar com este projecto porque antes nenhum curandeiro podia pisar aqui no hospital. E eles também negavam mandar seus doentes para aqui. Muitas pessoas morriam por causa disso”

pacientes referenciados e para assistir a qualquer doente internado que ache que precisa de tratamentos tradicionais<sup>4</sup>.

#### IV.2.3. AO NÍVEL DA EDUCAÇÃO FORMAL E INFORMAL

Apesar de não ter sido possível um contacto mais directo com a comunidade escolar (alunos e professores) foi possível verificar, pelos relatos recolhidos, que no contexto do programa houve um esforço no sentido de harmonizar o que os alunos ouviam na escola em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva com o que os seus pais ouviam na Comunidade, por forma a evitar discrepâncias no conteúdo. Também passou a haver abertura por parte dos pais por um lado no sentido de fazer com que os seus filhos recebam informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva. Por outro lado há pais que já falam com os filhos sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva sem tabus.

Essa sincronização do discurso sobre SSR resulta em grande medida do facto de o projecto ter treinado três tipos de actores sociais com funções educativas complementares. Os professores treinados passaram integrar essas temáticas nos *currícula* e em outras actividades dentro da escola. Por seu turno os mestres de ritos de iniciação, padrinhos e madrinhas viram a utilidade da inclusão desses ensinamentos nas suas actividades. Por seu turno os pais recebiam o mesmo tipo de mensagem quer fossem eles próprios treinados ou tenham recebido a mensagem por via dos outros meios de difusão como os debates na rádio, as palestras ou mensagens dos líderes religiosos. Esse cenário, dificilmente antes verificado, contribuiu para um aumento no diálogo entre pais e filhos, precisamente uma solução avançada para vários problemas e sub-problemas identificados localmente.

Em Zavala, maior parte dos alunos (cerca de 80%) são oriundos de fora do povoado e, por conseguinte, vivem longe dos seus pais biológicos. Eles vivem em pequenas casas no terreno normalmente de líderes comunitários ou outras pessoas. Antes da implementação do programa os donos dos terrenos apenas estavam preocupados em ganhar dinheiro com a estadia dos alunos e, não se preocupavam com a conduta destes. Mas, foram sensibilizados para que fossem pais acolhedores e monitorassem o comportamento e a evolução dos estudos dos alunos. Com a sensibilização recebida os encarregados estavam em melhores condições de aconselhar os seus educandos.

No distrito de Mossuril aconteceu que as “Naganes<sup>5</sup>” tinham muitas reclamações sobre o comportamento das raparigas. De acordo com os seus depoimentos elas dificilmente acatavam os ensinamentos e os princípios transmitidos durante os ritos de passagem. Muitas delas abraçavam mais a vida nocturna frequentando os bares discotecas e salas de vídeo existentes na vila. Foi através de um contacto das “Naganes” aos professores que a situação pôde ser revertida pois apesar de ter havido um certo “decréscimo” no respeito às primeiras, o nível de deferência para o professor mantinha-se o mesmo.

O contacto entre essas duas formas de educação resulta numa maior claridade sobre o que é certo e o que é errado e ajuda a desfazer determinados tabus que, emanados pela educação tradicional, afiguram-se como inquestionáveis apesar de serem claramente prejudiciais. Por outro lado a educação formal também beneficiou de uma maior coordenação com as lideranças locais

<sup>4</sup> Ver caixa com história mais detalhada

<sup>5</sup> Madrinhas conselheiras das meninas nos ritos de iniciação

responsáveis pela educação tradicional. A realização dos ritos em períodos de férias escolares é apenas um dos resultados do contacto havido entre as duas lógicas.

#### IV.2.4. AO NÍVEL DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS COMUNITÁRIAS RELACIONADAS COM SSR

Os principais problemas de SSR identificados antes da intervenção em análise eram alicerçados por um conjunto de práticas que eram resultado do nível de conhecimento aí existente. A título de exemplo no distrito de Mossuril era bastante aceite a visão segundo a qual qualquer intervenção dos serviços de saúde prefigurava “estão a roubar o nosso sangue”, o que tinha graves consequências para o nível de cobertura dos serviços. Em Zavala era facto bastante aceite que o mineiro, viril e coberto por uma estrutura androcêntrica, não precisava de se submeter a nenhum teste para saber do seu estado serológico, e o mesmo se podia aplicar à sua esposa caso ele fosse dotado dos poderes que a impedem de ter relações sexuais extra-conjugais. As informações recolhidas no âmbito do processo de avaliação do projecto piloto mostram que este propiciou um conjunto de mudanças na abordagem de Saúde Sexual e Reprodutiva nos serviços de saúde, na educação, bem como na Comunidade. Houve maior abertura à discussão das questões de Saúde Sexual e Reprodutiva e um trabalho coordenado no sentido de desmistificar os tabus.

*“O programa trouxe boa coisa. Alguns pais temiam falar com os filhos. Achavam tabu, mas a vida de agora mudou. Alguns pais não conseguiam explicar as filhas que em relações sexuais ocasionais, têm que utilizar o preservativo. Alguns pais até já conseguem levar às filhas ao Planeamento Familiar, obrigá-las a utilizar o preservativo. Estamos a ver que é uma coisa boa. Mesmo as Comunidades que não foram abrangidas estão curiosas e já há muita demanda no hospital”* (ponto focal da AMETRAMO, Zavala, Grupo Focal de Discussão).

Em Mossuril um hábito bastante prejudicial se instalara junto aos adolescentes locais: o “Pirlim Pimpim”. Numa paródia do programa infantil com o mesmo nome transmitido pela televisão pública as crianças – a partir dos seus sete anos de idade – juntam-se em grupos e actuam em determinadas barracas ou casas de pasto a troco de algum dinheiro. O que mais espantava nessas manifestações era a tenra idade dos integrantes do show e o período que ficavam fora de casa durante as actuações: que podia ir das 18h à meia noite ou uma da manhã. A sensibilização iniciada pelo projecto envolveu os pais e encarregados de educação, as “Naganes”, os proprietários de clubes nocturnos e a PRM, para a implementação da lei relativa à matéria. Este envolvimento multisectorial colheu os seus frutos e é reconhecido que hoje a situação é diferente.

Graças à intervenção do projecto vários hábitos de saúde registaram uma melhoria. Nas palavras de uma matrona em Zavala:

*“Uma das mudanças que aconteceu com o programa é que as pessoas já se interessam com a sua vida e o seu estado de saúde. As pessoas não iam fazer o teste de HIV, mas o programa movimentou as pessoas nesse sentido. Há casais que não utilizavam preservativo, mas com o programa já se preocupam em saber o seu estado e do seu parceiro. No caso de nós as matronas recebiamos muitas mulheres grávidas nas nossas casas, ou íamos fazer o trabalho de parto nas suas casas, mas depois disso elas não iam ao hospital. Agora funciono como madrinha das mulheres grávidas para irem ao hospital. As mulheres grávidas têm confiança em mim e por isso aceitam ir ao hospital. Convenço-*

*as a fazerem todos os testes e elas aceitam porque digo que vou lhes acompanhar em todo o processo” (Matrona, Zavala, Grupo Focal de Discussão).*

Em Mossuril também foram registadas mudanças:

*“Aquele tempo de dizer que ‘estão a roubar o nosso sangue’ já passou. Ninguém está a acreditar mais nisso. Na semana passada tivemos vacinação<sup>6</sup> aqui na vila e nem foi preciso fazer aquelas campanhas ‘porta a porta’ que eram feitas. O carro passou uma vez a anunciar e toda a gente correu ao hospital” (Secretário de Bairro, Mossuril, Grupo Focal de Discussão)*

No âmbito do projecto piloto foi criado um guia de referência, que consiste em encaminhar pacientes tanto por parte da Medicina Tradicional para os serviços formais de saúde, tanto destes para a Medicina Tradicional.

*“Com o programa as pessoas já sabem a quem contactar no hospital. Mesmo os Praticantes de Medicina Tradicional, ao abrigo do documento de referência já sabem que no hospital podem encaminhar os doentes à enfermeira Henriqueta” (Director Distrital de Saúde, Zavala, entrevista semi-estruturada).*

*“Foi um entrosamento importante que não existia. Houve um sistema de referência dos Praticantes de Medicina Tradicional para as Unidades Sanitárias. Assinou-se um documento com o compromisso por parte da Saúde de dar retroalimentação aos PMT sobre os pacientes por eles encaminhados aos serviços de saúde. Também foi assinado um documento de referência com a Igreja Zione, em separado dos curandeiros, porque não aceitavam se reunir ao mesmo tempo, por isso que há documentos separados” (Médico-chefe, Zavala, entrevista semi-estruturada).*

No seio das populações costeiras da província de Nampula sempre houve uma crença que muitos dos comportamentos de risco para as ITS e HIV e SIDA eram incentivados pelas “Naganes” (matronas) durante os ritos de iniciação. De acordo com alguns relatos um adágio entre os macuas da costa dizia “Nlopuana Kankala N’Moza” [Uma mulher nunca deve ter um único homem]<sup>7</sup>. Daí que muitas vezes as mães eram igualmente acusadas de conivência no encobrimento de eventuais relações extra-conjugais. Essas noções também foram rebatidas graças ao envolvimento dessas mestres de cerimónias no processo de capacitação que acompanhou a implementação do projecto.

Sendo sabido que é uma crença largamente aceite nas comunidades rurais a equivalência entre o número de filhos e riqueza, a equipa de avaliação confrontou as matronas presentes na discussão em grupo em Mossuril. Quando chamadas a dar a sua opinião elas foram unanimemente firmes: “nos dias de hoje uma pessoa pode ter 50 filhos, e somente um ser aproveitável ou talvez nem isso”. Este depoimento marca claramente um distanciamento em relação à ideia de que filhos é um sinónimo de riqueza, através da referência às probabilidades reais de tal vir a acontecer.

<sup>6</sup> Referência à campanha da Suplementação com Vitamina A, decorrida durante o mês de Novembro.

<sup>7</sup> Daniel, 1995

### IV.3. ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

#### IV.3.1. RELEVÂNCIA

O projecto piloto de Saúde Sexual e Reprodutiva veio preencher uma lacuna importante na qualidade de vida das populações abrangidas. O nível de propagação do HIV e SIDA e a prevalência de gravidezes precoces<sup>8</sup> constituíam uma séria ameaça ao desenvolvimento das populações dos distritos abrangidos. A identificação desses como os principais problemas que apoquentavam as populações foi o resultado de um processo prévio de auscultação das mesmas de uma forma sistemática e participativa. Apesar de, pela sua natureza, o projecto não ter coberto áreas mais alargadas os beneficiários do programa se sentem envolvidos no mesmo, uma vez que antes da sua implementação foi realizado um *workshop* para que a própria Comunidade arrolasse os problemas, os discutisse e propusesse soluções.

A abordagem sócio-cultural que serviu de base para o desenho do programa foi importante na medida em que conseguiu reunir as diversas sensibilidades que lidam com matérias de Saúde Sexual e Reprodutiva. Esta abordagem para um País como Moçambique é de suprema importância, porque não existe apenas um contexto sócio-cultural em Moçambique, mas vários e, sendo assim, é importante em cada contexto sócio-cultural trabalhar com diversos interlocutores em pé de igualdade por forma à prossecução de um objectivo comum.

Os temas de Saúde Sexual e Reprodutiva têm enquadramento político no PARPA II – no âmbito da resposta à epidemia do HIV e SIDA - o que torna a implementação do projecto piloto relevante e os beneficiários se mostram felizes com o seu desempenho e filosofia de funcionamento.

#### IV.3.2. EFICÁCIA

O projecto demonstrou níveis bastante aceitáveis de eficácia. Como está referido acima os objectivos preconizados foram atingidos em mais de 70%. Através das actividades desenvolvidas criou-se um maior nível de sensibilização para questões de SSR, foram exaltadas e partilhadas boas práticas e propostas formas de mudança de comportamento que apenas poderão ser verificadas ao longo do tempo. Em termos de estratégia de intervenção o uso de cartazes com imagens e a tradução de materiais para a língua local garantiram igualmente um nível alto de apreensão dos conteúdos por parte de um dos grupos mais cruciais para o sucesso do projecto: os líderes locais, muitos deles iletrados e sem o domínio da língua portuguesa.

O Projecto também ficou a dever a sua eficácia ao estabelecimento de uma plataforma ampla de intervenção a partir da qual cada distrito poderia elaborar o seu próprio plano, de acordo com as suas especificidades. No caso da presente Avaliação foram visitados os distritos de Mossuril e Zavala que denotam diferenças significativas. Em Mossuril um dos problemas identificados foi a poligamia, que decorre do facto de o *ethos* islâmico ser tolerante a que se despose mais de uma mulher. Em Zavala apesar de ter sido igualmente referida a poligamia também se fez referência

<sup>8</sup> A título ilustrativo no período em que decorreu a presente Avaliação a mais grávida mais nova presente na Ilha de Moçambique tinha 11 anos de idade, e no distrito de Mossuril foi entrevistada uma mãe de dois filhos contando apenas 20 anos de idade

explícita a “parceiros múltiplos e concorrentes” que denota um tipo de comportamento sexual que envolve vários parceiros sem o estabelecimento de uma relação estável.

Essa diferença também advem do facto de Zavala ser atravessado pela Estrada Nacional Número 1 (EN1), umas das que maior tráfego possui e faz a ligação do Sul com o resto do país. Existe uma grande concentração de trabalhadores migrantes na África do Sul e a propensão para a existência de sexo transaccional é maior, bem como a taxa de prevalência do HIV. Mossuril é também um distrito costeiro mas islamizado, longe das grandes vias de comunicação rodoviária e com um padrão cultural denotadamente diferente das populações vizinhas mais para o interior<sup>9</sup>.

O padrão cultural patrilinear e androcêntrico que predomina em Zavala é também uma das razões que explica a identificação de violência doméstica contra a mulher como um dos problemas da comunidade. Esse facto surge associado à massiva presença de maridos emigrantes que ao seu regresso e na presença de qualquer tipo de suspeita de infidelidade, podem fazer uso de violência que não raras vezes acaba na morte da esposa. Aqui a prática de “lobolo<sup>10</sup>”, sobretudo envolvendo raparigas menores, foi igualmente identificada como um problema.

Uma identificação de problemas contextualizada levou ao desenho de estratégias de intervenção específicas. O envolvimento das “halifas” em Mossuril decorre da sua influência na manutenção do sistema linhageiro e da capacidade de influência que gozam a nível religioso. Nesse nível dividem o seu protagonismo com os “shehes” que são actores com elevado carisma moral e talvez a melhor porta de entrada para a promoção de uma mudança que se alicerça na introdução de mensagens em espaços nunca antes explorados (i.e mesquitas). Em síntese é a uma plataforma ampla de intervenção que se deve a garantia do desenho de estratégias eficazes de acção e de obtenção de resultados.

No tocante à Monitoria e Avaliação os Planos de Trabalho apresentam indicadores e meios de verificação. Contudo não se apresentam mecanismos de recolha desses indicadores. Seja “número de raparigas grávidas na escola” ou “número de palestras realizadas” não ficam claros os mecanismos de recolha e processamento desses indicadores. Por outro lado não existem muitos meios de verificação rotineira, havendo uma excessiva ênfase em documentos pontuais como relatórios de missão ou inquéritos a realizar. A consequência dessas indefinições é a existência de relatórios bastante pobres e desarticulados. A incerteza sobre o que é que se deve reportar e qual será a fonte da informação a reportar.

### IV.3.3. EFICIÊNCIA

A alocação de recursos não seguiu um padrão realístico e transparente o suficiente. Não há evidência de uma interacção constante entre os designers do projecto e os implementadores no terreno no que diz respeito aos recursos necessários. O processo de planificação e orçamentação teve sempre o seu início ao nível do distrito mas após essa fase os mesmos eram submetidos ao nível central onde eram rectificadas.

<sup>9</sup> Líderes locais mencionaram que até a bem pouco tempo uma gravidez precoce – no seio de uma família muçulmana da costa – era motivo suficiente para o pai da rapariga suicidar-se por enforcamento

<sup>10</sup> Forma de compensação matrimonial, praticada no Sul de Moçambique, da família do noivo para com a da noiva

Concretamente em relação aos meios circulantes alocados verificou-se que eram inadequados e o respectivo subsídio de transporte bastante mais baixo que a norma das instituições do Estado nos distritos abrangidos. Esse foi mais um caso em que o distrito apresentou uma proposta e o nível central estabeleceu a sua contra-proposta. A título de exemplo o distrito de Mossuril possui zonas (Cabaceira Pequena) onde não se pode chegar de bicicleta e pela ausência de transporte semi-colectivo muitos dos facilitadores tiveram que usar suas viaturas pessoais ou emprestadas. Casos similares foram verificados em Zavala onde as distâncias a percorrer são muito longas.

Não se registaram sinais claros de descaminho de fundos mas foi visível um desconhecimento dos implementadores no terreno em relação aos procedimentos e lógicas que regiam o desembolso de fundos. O percurso seguido pelos fundos entre as diferentes instituições (d direcção distrital, direcção provincial, UNESCO e FNUAP a nível provincial e nacional) não é claro para os implementadores ao nível do distrito. O baixo nível de descentralização de competências e responsabilidades no seio do aparelho estatal poderá estar na origem das dificuldades experimentadas pelos implementadores a nível local. Por outro lado os desembolsos para o sector da Educação levaram sempre um tempo demasiadamente longo. Apesar de existirem evidências de atraso na apresentação de relatórios que levariam a novos desembolsos, é preciso reconhecer um aparelho excessivamente burocrático por parte dos financiadores (UNESCO)

#### **IV.3.4. IMPACTO**

É ponto assente na percepção dos beneficiários que o projecto teve um impacto positivo na vida das comunidades. Existem vários “indicadores” usados pelas pessoas contactadas para defenderem tal impacto. Uma dessas evidências é uma maior abertura para o diálogo em assuntos até então considerados tabu. O envolvimento das lideranças religiosas teve o condão de levar certo tipo de mensagens a espaços nunca antes ocupados pelas mesmas.

Outra evidência é a redução do número de crianças nos espaços públicos durante o período nocturno, especialmente em casas de vídeo e barracas onde se consome álcool. De acordo com alguns respondentes a mudança é drástica e nota-se neste curto período de implementação de palestras e debates. Segundo um grupo de Secretários dos Bairros de Mossuril Sede a mudança verifica-se a níveis bem mais profundos. Segundo eles, como resultado do projecto piloto duas moças que se casaram na semana anterior à visita da equipa de avaliação fizeram-no ainda com “harusi” (virgindade). Esse facto havia se tornado bastante raro nos últimos tempos mas num espaço de 15 dias duas moças casaram-se ainda com a sua virgindade protegida.

Também se verificou que o impacto do projecto foi muito para além das áreas em que se circunscreveu a sua implementação. Graças aos debates transmitidos pelas rádios locais, populações de outros postos administrativos não abrangidos puderam ter contacto com as mensagens propaladas no âmbito deste projecto. Isso significa que já existe um interesse – até mesmo pedidos expressos – para que se expanda o projecto para essas novas áreas.

#### **IV.3.5. SUSTENTABILIDADE**

O projecto apostou fortemente na capacitação de líderes de opinião e outros actores igualmente relevantes nas comunidades em que esteve implantado. Essa capacitação que virtualmente abrangeu todos os quadrantes das sociedades acabou por funcionar como pedra de toque para

uma série de mudanças que foram apropriadas pelos locais como sendo suas. Neste momento há um nível de investimento bastante grande já realizado e considerando o curtíssimo período de implementação resta agora arranjar recursos para a cobertura das despesas correntes de transporte para os formados espalharem a sua palavra.

O conhecimento adquirido ao longo das formações é um recurso bastante valioso daí que o desafio maior que agora resta é a criação das condições mínimas para que mais grupos de pessoas beneficiem desse bem. Em termos programáticos existe a possibilidade de se incorporar tais despesas nos orçamentos sectoriais de cada área. Em síntese cada distrito abrangido conta hoje com um conjunto de líderes que têm a) conhecimento sobre noções básicas de SSR, incluindo a componente legal, b) capacidade de discutir ideias tendo como base o seu próprio substrato cultural, e c) motivação para espalhar as suas habilidades por outros locais até agora não cobertos.

#### IV.4. BOAS PRÁTICAS E LIÇÕES APRENDIDAS

- Um efectivo empoderamento das comunidades nos seus próprios termos é possível. Como ficou evidente na implementação da presente intervenção a estratégia (efectiva) passa por uma consideração das dinâmicas culturais e contextuais que circundam as comunidades.
- Uma mudança até nas atitudes, hábitos ou crenças mais arraigados nos costumes de uma determinada comunidade deve ser desencadeada tomando em linha de conta os principais actores interessados e capazes de influenciar a opinião mais generalizada. A identificação desses actores prefigura o primeiro passo em direcção a esse objectivo. Uma vez identificados os principais interessados e apresentada a linha mestra da intervenção passa-se a uma identificação de como diferentes sectores da sociedade serão emissores e receptores das principais mensagens.
- Apesar de ser clara a intenção de muitas iniciativas de empoderamento há que considerar que não se trata de um processo fácil. Ele é sinuoso e requiere alguma flexibilidade. A síntese das preocupações locais e sua interacção com interesses programáticos mais amplos pode levar mais tempo do que o inicialmente previsto. Há que saber acomodar interesses das partes sem prejuízo do seu sentimento de posse. O processo de adaptação de planos desenhados localmente pode ser longo.
- A intersectorialidade entre as diversas instituições do Estado pode ser alcançada por via de uma identificação clara de objectivos e partes interessadas. Os processos de coordenação sectorial devem ser baseados em um entendimento comum do que se pretende obter através de que mecanismos, evitando-se o mais possível o estabelecimento de parcerias “formais” de conteúdo difuso para os intervenientes.
- O envolvimento genuíno e aberto das lideranças é uma chave para implementação de iniciativas de SSR. Tudo passa em primeiro lugar por um entendimento mais alargado do conceito de liderança que inclui não apenas líderes ligados ao aparelho político

governamental mas igualmente aos possuidores de um poder menos aparente seja ele baseado no carisma, no papel religioso, na tradição ou outro.

## V. CONCLUSÕES

O Projecto Piloto de Saúde Sexual e Reprodutiva fez uso de uma abordagem inovadora no processo de advocacia. Tal abordagem não é apenas inovadora porque leva em consideração, antes de mais a dimensão cultural da vida das comunidades; mas também por envolver uma vasta panóplia de actores chave para a resolução de problemas concretos. Como foi o caso, a título de exemplo, do problema criado pelas casas de vídeo o projecto não apenas envolveu os pais e encarregados de educação, os líderes religiosos, como também obrigou a polícia a velar pelo cumprimento da legislação existente e convocou os proprietários de tais casas para, também eles, serem parte da solução.

Esse nível de sinergia também foi positivamente explorado no reconhecimento e promoção de uma maior interacção da medicina tradicional e das formas tradicionais de educação, com os sistemas nacionais de saúde e educação. A partir de um reconhecimento das idiosincrasias das comunidades locais, e da análise do papel que os mesmos jogam no processo de tomada de decisão que antecede a procura de cuidados de saúde; foi possível criar uma maior aderência ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao mesmo tempo que se garantia um maior nível de informação sobre doentes que não se aproximam das unidades sanitárias.

O Projecto Piloto lançou uma maior interacção entre as diferentes formas de conhecimento a partir de um reconhecimento mútuo de valências e constrangimentos próprios a cada modo de pensar. Esse desenvolvimento levou a uma tomada de decisões mais protegidas em relação às relações sexuais, à poligamia e a outras práticas relacionadas com a SSR. As comunidades abrangidas viveram por isso uma mudança no ambiente comunicacional e experimentaram uma maior abertura no tratamento de determinados temas da Saúde Sexual.

A inovação que se encontra patente na presente intervenção torna-se igualmente um desafio para os processos futuros de desenho de projectos de desenvolvimento. Ela centraliza os indivíduos e as comunidades para daí partir para um diálogo profícuo sobre os problemas que os afligem e as formas concretas de os encarar. Em todo esse processo o quadro mais amplo do Programa Conjunto apareceu como uma matriz que situa mas não constrange as diversas actividades que decorreram no terreno.

Este Projecto Piloto prefigura um sucesso quase absoluto não fosse uma lacuna primordial que registou ao nível da produção de relatórios. Apesar de ser uma iniciativa louvável e ter produzido frutos bastante visíveis o Projecto falhou em criar um mecanismo contínuo de recolha, compilação e análise de dados que ajudariam na monitoria do mesmo. As actividades designadas “de monitoria” eram constituídas por missões específicas de pessoas deslocadas de Maputo e que nem sempre conseguiam encontrar no terreno um conjunto de dados que foram sendo recolhidos e que possibilitariam uma discussão sobre os passos a seguir no direccionamento do Projecto.

## VI. RECOMENDAÇÕES

1. Criar um conjunto de instrumentos de recolha de dados que possa ajudar na elaboração de relatórios e análise estratégica do Projecto. Esses instrumentos seriam distribuídos por todos os implementadores do Projecto e incluiriam uma indicação clara sobre a periodicidade da compilação.
2. Documentar o processo de lançamento e estabelecimento do Projecto Piloto como uma forma de registar os principais momentos da sua implementação (estudo, auscultação, seminário, planos, etc) para que seja replicável em outras áreas do país contando com a acumulação da experiência.
3. Concluir a impressão e divulgação dos manuais a serem usados pelos líderes nas suas actividades de sensibilização. É aconselhável que se faça um teste da implementação dos mesmos como forma de identificar lacunas e fontes de mal entendimento que possam surgir.
4. Iniciar processos de Advocacia junto dos Governos Distritais para a inclusão, no processo de planificação anual (PESOD), de uma linha orçamental para cobrir despesas das actividades do pessoal formado. Nos casos em que o distrito já possua tal rubrica é importante fazer 'lobbys' para que a mesma não seja desviada, se possível apelando à visibilidade que as actividades têm dentro do distrito e a que transmitem do distrito no contexto mais amplo do país. Essa seria uma actividade fundamental para sustentar a expansão para novas áreas conforme o desejo manifestado pelos beneficiários.
5. Desenvolver sistemas mais transparentes de gestão e desembolsos de fundos de forma a que não se observem discrepâncias entre os procedimentos do Governo e os do Projecto, para além de padronizar o uso do sistema das Nações Unidas que se mostrou mais eficiente, o do FNUAP.
6. Rever e discutir a posição dos pontos focais a todos os níveis. Há necessidade de se analisar os seus níveis de motivação e formas de compensação que não sejam danosas nem para o Estado nem para as Nações Unidas. Hipoteticamente a não sobreposição de tarefas com as de PF é uma das formas de manter a sua disposição em alta.
7. Analisar a introdução de meios audiovisuais como auxiliares para o Projecto. Em áreas onde existe um grande apelo para essa forma de comunicação, fazer uso dela para difundir mensagens de prevenção e maior conhecimento sobre SSR, HIV e SIDA; pode resultar numa estratégia eficaz e de grande impacto. O Projecto fez uso bastante exaustivo de imagens e cartazes, daí a sugestão de introdução de filmes e seriados.
8. Necessidade de ligar as actividades que têm lugar nos distritos com outras iniciativas a decorrer no âmbito nacional. Em casos específicos como a fraca

aderência dos homens em Zavala, por exemplo, poder-se-ia manter uma ligação com a organização HOPEM (Homens Pela Mudança).

## VI. REFERÊNCIAS

DANIEL, António (1995) Influência Islâmica no Litoral de Cabo Delgado: O caso da educação Islâmica na Ilha do Ibo. Tese de Licenciatura em História (não publicada). Maputo

CAMPBELL, Oona; CLELAND, John; COLLUMBIEN, Martine; SOUTHWICK, Karen. (1999). Social Science methods for research on reproductive health. Geneve: WHO.

FONTANELLA, Bruno; RICAS, Janete; TURATO, Egberto. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 24(1): 17-27.

GIBBS, Anita. (1997). Focus Groups. Bristol: Departamento de Medicina Social da Universidade de Bristol.

Governo do Distrito de Zavala (2011). Plano Estratégico de Desenvolvimento Distrital (2011-2015).

Gune, Emídio (Org.). (2008). Manual de Formação: contribuição da Antropologia para a Saúde Pública: um enfoque nos programas de maternidade segura, HIV e SIDA. Maputo: Médicus Mundi e MISAU.

KULA (2010). Práticas Culturais e Comunitárias de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva: Nampula, Sofala, Inhambane. Unesco Moçambique.

### Páginas Web

WHO. (2011). Reproductive Health. Disponível em: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/). Acessado a 30 de Novembro de 2011.

Who. (2011). [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/). Acessado a 11 de Dezembro de 2011.

## VII. ANEXOS

### LISTA DE PESSOAS CONTACTADAS

#	Nome	Função	Distrito/ local
1	José Jeremias	Secretário Permanente	Zavala
2	Astrid Bant	Representante Adjunta do FNUAP	Maputo
3	Juvenal Armazia	Representante da UNESCO em Inhambane	Inhambane
4	Casimiro Nhabinde	Ponto Focal Serviços de Educação, Juventude e Tecnologia (SDEJT)	Zavala
5	Francelina Romão	Ponto Focal no Ministério da Saúde (MISAU)	Maputo
6	Helena Xerinda	Ponto Focal no Ministério da Educação (MINED)	Maputo
7	Maria Elisa Atanásio	Ponto Focal na Direcção Provincial de Educação e Cultura (DPEC)	Inhambane
8	Rebeca	Ponto Focal na Direcção Provincial da Saúde (DPS)	Inhambane
9	Severino Ngole	Assessor técnico do FNUAP em Inhambane	Inhambane
10	Adriano Nhavotso	Director Distrital de Saúde	Zavala
11	Lino Digombe	Director Distrital de Educação, Juventude e Tecnologia	Zavala
12	Henriqueta Quive	Enfermeira de SMI e ponto focal da saúde	Zavala
13	Moisés Estêvão	Ponto focal da AMETRAMO	Zavala
14	João Muchanga	Médico-chefe	Zavala
15	António Chicalangane	Régulo de Guilundo	Zavala
16	Luísa Ahuze	PMT	Zavala
17	Inácio Malembe	PMT	Zavala
18	Lurdes Nhaduco	Matrona	Zavala
19	Florentina Francisco	Matrona	Zavala
20	Carolina Carlos	Representante da Igreja Assembleia de Deus e mãe acolhedora	Zavala
21	Eugénio	Líder tradicional do 3º escalão	Zavala

	Nhangave		
22	Jorge Tembane	Líder tradicional do 3º escalão e pai acolhedor	Zavala
23	Gertrudes Manuel	Mãe acolhedora	Zavala
24	Beth Adão	Mãe acolhedora	Zavala
25	Ana Magumane	Mãe acolhedora	Zavala
26	Celeste Taíme	Mãe acolhedora	Zavala
	Assina Baboo	Responsável pela Vigilância Epidemiológica, Coordenadora do Projecto “Geração Biz”, Ponto Focal na Direcção Provincial da Saúde (DPS)	Nampula
	Salma Zainadine	Assistente Administrativa da UNESCO, Assistente do Projecto F-ODM	Ilha de Moçambique
	Mário Paciano	Director dos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia (SDEJT), e Coordenador do Programa Conjunto ao Nível do Distrito	Mossuril
	Emília Chipondene	Directora dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS)	Mossuril
	Luísa Raquel dos Anjos	Facilitadora do Projecto Piloto, Ponto Focal dos Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia (SDEJT)	Mossuril
	Rabia Faquir	Secretária de Bairro Ratane	Mossuril
	Momade Mussa	Secretário do Bairro Naurrope	Mossuril
	Abduremane Sulaide	Secretário do Bairro Ampuese	Mossuril
	Haje Brandão	Secretário do Bairro Saua Saua	Mossuril
	Ivan Negócio	Régulo da Vila Sede	Mossuril
	Carima Cadir	Médica Tradicional	Mossuril
	Abdulraïne Jamal	Locutor da Rádio Comunitária, Facilitador do Projecto Piloto	Mossuril
	Amad Rachid	Parteira Tradicional	Mossuril
	António Tivane	Representante Provincial do FNUAP	Nampula
	Mário Intetepe	Coordenador Provincial do Programa Conjunto, Técnico da Direcção Provincial de Educação e Cultura (DPEC)	Nampula