**A venda e consumo das bebidas alcoólicas ao redor das Escolas Primarias e Secundárias na Zambézia: os desafios actividades cívica no uso e venda de bebidas alcoólicas ao redor das Escolas primarias como secundarias em Quelimane.**

**Resumo:**

 O presente estudo explora discursos sobre a venda e consumo das bebidas alcoólicas pelos indivíduos entre os 12 á 25 anos de idades ao redor das Escolas Primarias e Secundárias em relação aos comportamentos de riscos. Esse artigo permite perceber a interação estabelecidas entre os vendedores e os consumidores para relacionar os hábitos, as crenças e algumas atitudes frequentes quanto aos comportamentos de risco.

Da literatura analisada percebemos que, o assunto é abordado em duas perspectivas. Em que na primeira foca-se a questão biomédica, retratando o consumo numa perspectiva patológica e ao mesmo tempo mobilizando os profissionais de saúde para diminuir índices de problemas decorrentes do uso de álcool, Joaquim (2017). A segunda, foca para a funcionalidade social, onde explica que, apesar das diferenças entre as diversas concepções analíticas sempre emerge uma abordagem comum que tende a conceber a “socialização como um mecanismo explicativo de inúmeras condutas individuais” (Dubar:1997:62). Assim, concordamos com Joaquim (2017), ao afirmar que, os indivíduos não consomem a materialidade dos produtos como entendem os economistas, mas sim adquirir por meio deles as propriedades que lhes são atribuídas socialmente.

Para a construção desta pesquisa usamos a técnica da observação que nos permitiu identificar a compra das bebidas alcoólicas por parte de alguns indivíduos na escola primária e completa de Sinacura e Escola Secundaria 25 de Setembro. A recolha de dados foi feita com base na observação directa, entrevista semi-estruturada com os vendedores das bebidas alcoólicas e os compradores, as entrevistas serão de ordem formal no caso das necessidades de anotar pontos-chave, e informal quando o participante aceitar ser gravado. Na segunda fase realizaremos a revisão de literatura e na última fase organizaremos e analisaremos os dados para compreender o significado desta actividade e o modo de vida dos consumidores. Este método compreendem as fases de ver, ouvir e escrever, as relações sociais que as pessoas estabelecem no seu quotidiano, permitindo perceber o significado que as mesmas práticas são atribuídas dentro da sociedade a ser estudada, durante o processo da recolha de dados, Oliveira (2006).

**Palavras-chave:** Consumo do Álcool, Sexualidade, DTS e Legislação.

**Introdução:**

 O artigo aborda sobre a venda e consumo das bebidas alcoólicas pelos indivíduos entre os 12 á 25 anos de idades ao redor das Escolas. Com este artigo podemos desenvolver estudos de caracter sensibilista em relação aos comportamentos de riscos.

Por ex.: a administração pública é em grande parte o sinónimo de um crescimento poder do governo central, mas as repartições governamentais locais e as comunidades podem assumir a responsabilidade pela planificação e implementação para o desenvolvimento, desde que o governo esteja comprometido com a divulgação da autoridade e um reforço dos órgãos locais. E assim, criar associações dos ou nos órgãos locais e centrais baseada na própria divisão de funções locais. Mas, haver responsabilidade local na planificação e administração não significa que as autoridades centrais não tenham envolvimentos significativos.

 Assim, as actividades educacionais devem ser orientadas para grupos etários e bem específicos. Por exemplo: para as raparigas devem ser aplicadas maior participação e continuidade na educação primária e incluir informações sobre a saúde mesmo a nível da educação primária uma vez que, nos adultos e adolescentes são ensinadas as maneiras como se comportar na vida familiar. Confiar as comunidades a responsabilidade pelo desenvolvimento é também uma forma de mobilizar novos recursos para complementar o esforço do governo. Visto que, para reforçar a organização e a responsabilidade local requer que os recursos da comunidade sejam devotados aos objectivos da comunidade e não usados como um meio de preencher as falhas nos orçamentos dos programas do governo pois melhorar o nível de vida das comunidades e reforçar as organizações locais requer que as pessoas tenham acesso aos necessários conhecimentos e informações bem como a oportunidade para a adquirir os conhecimentos necessários para a realizarem eficientemente as suas funções, (UNICEF 1988:72).

**Consumo do Álcool**

 De acordo com Joaquim (2017), o trabalho de Veblen, (1965), publicado em 1899, foi o primeiro trabalho que analisou o consumo inteiramente sob o ponto de vista social, relatando-o como marcante característica cultural da sociedade ocidental moderna. A ideia central defendida no livro é de que o indivíduo é, por sua própria condição, um ser social cuja identidade e necessidades são construídas colectivamente. Assim, para Joaquim (2017), O consumo surge a partir da interacção com o outro, como um mecanismo de aproximação ou diferenciação dos indivíduos de uma mesma sociedade, de acordo com o seu nível, papel social e também como expressão de status, Com isso, concordamos com a ideia de que, a análise da situação social envolve não só os factos técnicos mas também outros tipos de factos relacionados a estrutura da comunidade, tais como atitudes que acompanham o processo da socialização, as técnicas e estratégias, bem como os objectivos da pesquisa social incluem o reforço da auto-suficiência familiar e comunitária, por isso dá-se maior atenção as prioridades familiares a partir dum diálogo permanente sobre as opções e eficácias a nível das escolhas sociais tais como o modo de vida que precisa seguir, (UNICEF, 1988:74).

 Segundo Duarte (2010) aponta os anos 70 do século XX como a data de emergência da antropologia do consumo. A produção antropológica, nomeadamente a ligada à corrente substantivista da antropologia económica, desafiava pressupostos como os da escolha racional ou da maximização do lucro, mas continuava a situar os debates ao nível da especificidade das sociedades pré-industriais, pré-capitalistas. Desta forma, os estudos realizados por Teodoro (S/D), e Costa et al, (2004) demonstram que o álcool sendo uma substância tóxica para o organismo traz consigo efeitos negativos para a saúde como é o caso da danificação do fígado, ataques cardiovasculares, aparecimento de úlceras gastro-intestinais e cancro, que podem afectar não só a vida pessoal do consumidor como também a vida familiar, escolar, ocupacional e social. Cit. Joaquim (2017).

 Assim para Cavazos (1989), o consumo de bebidas alcoólicas causa várias mudanças acentuadas no comportamento aumentando deste modo a incidência de uma variedade de actos agressivos, problemas nas funções mentais, bem como alterando seriamente a capacidade de apreender informações e de se lembrar delas. Ainda na mesma perspectiva do autor os indivíduos consumidores de bebidas alcoólicas aparecem na sociedade como meras vítimas de sistema social, pois percebidos como coagidos ao mesmo devido a exposição e disponibilidade das mesmas em quase todos os locais de lazer.

**Sexualidade e Saúde**

 Para (NEGREIROS, 2004) a sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamada por Freud de libido, que quer dizer energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar às pessoas, ao prazer/desprazer, aos desejos, às necessidades, à vida. Comumente, as pessoas associam sexualidade ao acto sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinónimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que actividade sexual e não se limita à genetalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução.

Ao pensarmos um pouco mais sobre o assunto, pode-se perceber que o corpo como um todo é fonte de prazer, pelo fato de propiciar, desde nosso nascimento, o sentir, o perceber e o comunicar o mundo. A sexualidade é uma das dimensões do ser, em outras palavras: cada um de nós tem uma identidade sexual que integra o modo de ser de cada um e que é inseparável da nossa humanidade (DEPUTTE, 1997 & THALER-DEMERS, 2001 *apud* LOURENÇO, 2002: 24).

 Conforme Lourenço (2002), em sentido amplo, a sexualidade se expressa no estilo de vida que adoptamos, no modo como se demonstram os afectos, na percepção erotizada dos estímulos sensoriais e também nos papéis de género – jeito adoptado para ser mulher ou para ser homem, que tem implicações nas relações estabelecidas entre homens e mulheres.

A sexualidade envolve, além do corpo, os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afectivas e a cultura. Portanto, é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.

De acordo com as definições da OMS, a sexualidade é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Em algumas sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas pelas pessoas desde a infância. Em nossa sociedade, por exemplo, a sexualidade foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos e relações desiguais de poder entre homens e mulheres (CASTRO & SILVA*etal*:2004).

Actualmente tem sido preocupação a não rotulação ou estigmatização de comportamentos sexuais em “normais” e “anormais”. Busca-se discutir os comportamentos e as práticas sexuais sem preconceitos, considerando que são relativos, dependendo da cultura, do contexto histórico, social e de vida da pessoa.

**Ciclo de Respostas aos Estímulos Sexuais**

 As reflexões a sexualidade remetem aos conceitos de normal e de patológico. Antes dos estudos populacionais de Kinsey (Kinsey*etal*., 1948), “normalidade” quanto à actividade sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Onde os seus estudos revelaram que, as diferentes práticas sexuais que ocorriam entre os americanos envolviam, de forma ampla e irrestrita, os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do acto (ABDO & FLEURY, 2006). Por sua vez, Masters e Johnson, pesquisadores americanos, empreenderam nos anos 60 estudo histórico e pioneiro na área da fisiologia sexual. Com esse estudo desenvolveram um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Cada uma dessas fases apresenta mudanças físicas características observadas tanto em homens como em mulheres (ABDO &FLEURY, 2006).

 Na década de 1970, Helen Kaplan, psicanalista americana, propôs nova concepção da resposta sexual em três fases: desejo, excitação e orgasmo. Para a autora, antes da fase de excitação, há o desejo e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente, o que conduz ao orgasmo (KAPLAN, 1977). A partir da associação dos modelos propostos por Masters e Johnson e por Kaplan, a Associação Psiquiátrica Americana (2002) estabeleceu o novo modelo para o ciclo das respostas aos estímulos sexuais, definindo a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas:

1. *Fase de desejo sexual: o desejo sexual é vivido pela pessoa como sensações específicas que a fazem procurar ou ser receptiva à experiência sexual. As fontes que estimulam o desejo sexual variam de pessoa para pessoa. Muitos factores influenciam negativamente no desejo sexual, como estar doente, deprimido(a), ansioso(a), achar que sexo é errado, estar com raiva do(a) parceiro(a), sentir-se explorado(a) de alguma forma pelo(a) outro(a), ter medo do envolvimento afectivo, entre outros.*
2. *Fase de excitação: fase de preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo. Estímulos psicológicos (pensamentos e fantasias) e/ou físicos (tato, olfacto, gustação, audição e visão) podem levar à excitação. Junto com sensações de prazer, surgem alterações corporais que são representadas basicamente, no homem, pela erecção, e na mulher, pelo vaso congestão da vagina e da vulva e pela lubrificação vaginal.*
3. *Fase de orgasmo: é o clímax de prazer sexual, que ocorre após uma fase de crescente excitação. No homem, junto com o prazer, ocorre a sensação de não conseguir mais segurar a ejaculação e, então, ela ocorre. Na mulher, ocorrem contracções musculares rítmicas em volta da entrada da vagina.*
4. *Fase de resolução: é um período em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais, considerando que, nas fases anteriores, a respiração, a circulação periférica, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a sudorese, entre outras manifestações do organismo, tenderiam a se pronunciar.*

Todas essas fases também podem ser vivenciadas na masturbação, que é um componente da sexualidade e consiste no toque em áreas que dão prazer ao indivíduo, que incluem os genitais e/ou outras partes do corpo, com a finalidade de obter prazer. Assim, no entender dessa Associação, deixar de vivenciar alguma dessas fases, numa actividade sexual, não significa necessariamente que a pessoa está com algum problema. Não experimentar alguma das fases descritas pode ser uma situação transitória, dependendo de diversos factores circunstanciais de ordem biológica, psicológica ou sociocultural.

 Podem ocorrer queixas de dificuldades nas relações sexuais e gerar insatisfação sexual. Nas dificuldades, incluem-se, por exemplo: incapacidade de relaxar, medo ou receio de intimidade, dificuldade de comunicação com o parceiro, ansiedade quanto ao desempenho sexual, diminuição do desejo, entre outras. Quando as dificuldades sexuais se tornam persistentes e recorrentes a ponto de causar sofrimento, estas devem ser investigadas com atenção, para que se possa identificar se a situação corresponde ou não a um quadro de disfunção sexual. (idem)

**A definição de saúde reprodutiva**

“A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente de ausência de doenças ou de indisposições, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos. Consequentemente, a saúde abrange a capacidade do desfrute de uma vida sexual satisfatória sem riscos e de procriar em liberdade para decidir o que fazer ou não fazer, quando, com quem e com que frequência. Esta última condição leva implícito o direito do homem e da mulher a obter informação e de planificação da sua família segundo a sua escolha, assim como de outros métodos para a regulação da fecundidade que não estejam legalmente proibidos, e o acesso a métodos seguros, eficazes, disponíveis e aceitáveis, o direito a receber serviços adequados de atenção da saúde que permitam a realização da gravidez e dos partos sem riscos e dêm aos casais as máximas possibilidades de ter filhos/as sãs/sãos.

De acordo com esta definição de saúde reprodutiva, a atenção da saúde reprodutiva define-se como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuam para a saúde e o bem-estar reprodutivo ao evitar e resolver problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Também inclui a saúde sexual, cujo objectivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais e não meramente a assistência e a atenção em matéria de reprodução e de doenças de transmissão sexual” (Parágrafo, 1996: 72).

A nível das políticas públicas a política de população do país incorpora entre os seus objectivos e estratégias várias recomendações do Plano de Acção da CIPD. Especificamente, no objectivo nº 5, podem observar-se de forma generalizada estas orientações quando se apela a “proporcionar à população informação, formação e outros meios que permitam às mulheres, homens e adolescentes gerir a sua vida reprodutiva e sexual, em conformidade com os seus desejos, capacidades individuais e sentido de responsabilidade cívica e social” (Conselho de Ministros, 1996:80). Da mesma forma, dentro das estratégias que acompanham este objectivo, coloca-se por um lado, a necessidade de “ajudar os casais e os indivíduos a atingirem os seus objectivos reprodutivos, no contexto da promoção de uma saúde sã, da responsabilidade e bem-estar da família, do respeito pela dignidade de todos os indivíduos ao direito de escolher, livre e responsavelmente o número, o espaçamento e quando devem ter os seus filhos”.

Por outro lado, indica-se que são necessárias duas actividades consideradas importantes para a saúde sexual:

*“Prevenir situações de gravidez não desejada e reduzir complicações e acidentes relacionados com gravidez e parto, assim como a morbidade e mortalidade materna e perinatal”,. “Melhorar o acesso e a qualidade dos serviços preventivos e curativos em todas as componentes relacionadas com a abordagem abrangente de saúde reprodutiva, que inclui a atenção pré-natal, atenção ao parto, pós-parto e outros como a prevenção do HIV/SIDA.* (Conselho de Ministros, 1996:80).

Finalmente indica-se o desenvolvimento de actividades específicas e integradas com outras instituições afins, sobre informação, educação, comunicação e aconselhamento em matéria de educação familiar e saúde reprodutiva para jovens e adolescentes” (idem). Contudo, reconhece-se que as relações entre homens e mulheres são relações assimétricas e, portanto, de poder. No entanto e subtilmente, não se identifica nestas relações quem domina o outro; finaliza-se com a proposta de duas acções que por si mesmas podem eliminar as relações de carácter subalterno entre os homens e as mulheres. É aqui que numa perspectiva de género e a partir da óptica dos direitos humanos, que se propõe no PAIPP:

*A busca da promoção da igualdade e equidade de sexo-género requer que as desiguais relações de poder que marcam as relações entre homens e mulheres sejam desconstruídas através de acções afirmativas que promovam a igualdade de oportunidades de realização de direitos, deveres, desejos e potencialidades de homens e mulheres, sendo a educação um dos instrumentos de maior importância para a redução dessas desigualdades* (Gabinete Técnico de População, 2002:70).

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

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

**Abordando a saúde sexual na atenção básica**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos. A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às acções desenvolvidas na Atenção Básica, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas. Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas.

Os profissionais de saúde, em geral, sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus pacientes. Trata-se de uma questão que levanta polémicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou se sentem desconfortáveis em lidar com o tema. As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua actuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

**Saúde Reprodutiva Na Atenção Básica**

O programa de acções resultante da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, estabelece, entre outras metas importantes, que todos os países deveriam se esforçar para que, até o ano de 2015, a saúde reprodutiva esteja ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, por meio de um sistema de Atenção Básica à Saúde (NACIONES UNIDAS, 1995 *apud* CORRÊA, & JANUZZI, 2006). Nesse mesmo documento, o conceito sobre saúde reprodutiva avançou em relação às concepções anteriores, por incorporar de forma explícita os homens nas questões relativas à saúde reprodutiva e também por atribuir devida importância à saúde sexual no contexto da atenção à saúde reprodutiva.

O Ministério da Saúde define Atenção Básica como um conjunto de acções, no âmbito individual ou colectivo, que abrange a promoção e a protecção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipa e ser dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidade sanitária (BRASIL, 2007).

**Planeamento Reprodutivo e Controle de Natalidade**

É frequente a utilização do termo controle de natalidade como sinónimo de planeamento reprodutivo, todavia se tratam de conceitos diferentes. O controle de natalidade implica imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. O planeamento reprodutivo baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Existem teorias que correlacionam pobreza e número de filhos. Entretanto, sobre a questão de uma possível “explosão demográfica”, no Brasil, os dados demonstram o contrário.

O processo de declínio da fecundidade, sobretudo a partir dos anos 80, generalizou-se por todas as regiões e estratos sociais, de modo que, mesmo as regiões que antes tinham fecundidade elevada, experimentaram notável declínio de seu valor. Essa acentuada queda da fecundidade não se fez acompanhar de alterações significativas na situação de pobreza e desigualdades sociais existentes. Segundo relatórios do Banco Mundial, durante as últimas duas décadas, o processo de concentração de renda se acentuou. De acordo com os relatórios internacional, as sociedades tem se caracterizado como uma das mais desiguais, em comparação com outras nações (BRASIL, 2005d).

Os indicadores também apontam que essa situação é pior entre as mulheres, de um modo geral, *afrodescendente* (BRASIL, 2005). Por ex. o governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e, nesse sentido, coloca-se claramente contrário a qualquer política com carácter controle da natalidade, ou seja, que implique imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. A superação da situação de pobreza existente no País passa pela implementação de políticas que promovam o desenvolvimento sustentável e a distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes.

**Anticoncepção**

Para (ALDRIGHI, & PETTA, 2005) A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos (as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada. Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida. Entre tanto, embora a oferta de diversos métodos e técnicas contraceptivas tem-se verificado alguma resistência na adopção dos métodos e técnicas nas comunidades por conta da influência que os hábitos, costumes e crenças exercem sobre a população.

Em meio a uma realidade global de índices elevados de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das DTS/HIV/Sida, dando-se ênfase à dupla protecção, que é dada pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Sida e por outras DTS, (ALDRIGHI, & PETTA, 2005).

**Anticoncepção na Adolescência**

Para (GUAZZELLI&PETTA, 2005), Os adolescentes e os jovens têm direito de ter acesso a informações e à educação em saúde sexual e saúde reprodutiva e de ter acesso a meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planeada, bem como a prevenir-se contra as doenças sexualmente transmissíveis, respeitando-se a sua liberdade de escolha. Nas últimas décadas, vários estudos vêm demonstrando que a primeira relação sexual está acontecendo cada vez mais cedo. É importante que adolescentes e jovens estejam informados sobre sexo seguro e dupla protecção, incentivando-se o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, associada a outro método anticoncepcional. É preciso enfatizar que adolescentes e jovens têm direito a atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, segredo e confidencialidade, ou seja, de serem atendidos sozinhos, em espaço privado, onde possa ser reconhecida sua autonomia e individualidade. Por outro lado, recomenda-se que a equipe de saúde busque sempre encorajar o adolescente a dialogar com a sua família, de modo a envolvê-la no acompanhamento dos seus problemas.

Algumas situações são consideradas de excepção quanto ao sigilo, como os atendimentos a pessoas com deficiência intelectual, distúrbios psiquiátricos e nos casos em que há referência explícita ou suspeita de maus-tratos e/ou de abuso sexual (nos casos de maus-tratos e/ou de abuso sexual, é obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude).

 Em todos esses casos citados, além de ser determinante a quebra de sigilo, recomenda-se que deverá fazer parte da consulta outro profissional da equipe de saúde, para salvaguardar o profissional de saúde responsável pelo atendimento de possíveis situações que coloquem em questão as suas condutas. Além disso, quando o(a) adolescente não tem capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, situação em que a não revelação das condições de saúde pode acarretar danos ao paciente, é fundamental a quebra do sigilo para seus pais ou responsáveis legais, de modo a garantir que o(a) adolescente tenha os cuidados necessários à manutenção de sua saúde. Se o adolescente informar que a relação sexual não resulta de violência sexual, o profissional de saúde deve registar tal informação no prontuário e prescrever o método anticoncepcional adequado, salvaguardando-se, dessa forma, de qualquer penalidade legal (GUAZZELLI&PETTA, 2005). Sintetizando, os adolescentes têm a faculdade de usar os métodos anticoncepcionais disponíveis. Porem, uns têm acesso a informação e outros não, assumindo a fase.

1. *A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.*
2. *Estimular sempre o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DTS/HIV/Sida. A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla protecção ou isoladamente. Enfatizar a importância da dupla protecção.*
3. *Em geral, não há restrições ao uso de anticoncepcionais hormonais na adolescência. Os anticoncepcionais hormonais combinados, compostos de estrogénio e progestogênio (anticoncepcionais orais combinados, injectável mensal, adesivo anticoncepcionaltransdérmico e anel vaginal), podem ser usados desde a menarca. Deve-se, entretanto, evitar o uso de anticoncepcionais só de progestogênio (injectável trimestral e da pílula só de progesterona – minipílula) antes dos 18 anos, pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea, pois, para mulheres com menos de 18 anos, há uma preocupação teórica em relação ao efeito hipoestrogênico, especialmente do injectável trimestral* (DIAZ &ALDRIGHI, 2005).

Quando o injectável trimestral é usado na menarca, o bloqueio do eixo hipotálamo-hipófiseovário causa supressão na produção de estrogénio, que aumentaria a reabsorção óssea (idem).

1. *O diafragma é um óptimo método para adolescentes motivadas a usá-lo e bem orientadas. O DIU deve ser usado com cuidado e com acompanhamento rigoroso da menarca até 19 anos de idade, em jovens nulíparas. Há preocupações pelo risco de expulsão e de infecções em mulheres muito joven, o DIU não é indicado para as adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois nessas situações existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST).*
2. *Os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) são pouco recomendados para adolescentes, pois a irregularidade menstrual é muito comum nessa fase e, além disso, são métodos que exigem disciplina e planeamento e as relações sexuais nessa fase, em geral, não são planejadas.*
3. *A anticoncepção oral de emergência é um método muito importante para os adolescentes, porque pertencem a um grupo que tem maior risco de ter relações sexuais desprotegidas. É importante que os adolescentes conheçam esse método e saibam que deve ser usado em carácter de excepção, somente em situações emergenciais, e não como método anticoncepcional regular, e os métodos cirúrgicos – laqueadura tubária e vasectomia – só se justificam nos casos em que existem condições clínicas ou genéticas que façam com que seja imperativo evitar a gravidez permanentemente.* (DIAZ & ALDRIGHI, 2005).

**Violência Sexual**

 A violência é um problema de todos os segmentos da sociedade. É questão de saúde pública, porque afecta a saúde individual e colectiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a qualificação das equipes para a devida assistência. Constitui-se em evento complexo que, além das sequelas físicas, quando não leva à morte, deixa sequelas emocionais graves, que podem comprometer de forma permanente a saúde, inclusive a saúde sexual e saúde reprodutiva da pessoa atingida por esse mal. Causa prejuízos económicos, por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Considera-se que existe violência quando:

*[...] em uma situação de interacção, um ou vários atores agem de maneira directa ou indirecta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou a mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais* (MICHAUD, 1989:50).

A (OMS, 2002) revela, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões fatais por causas violentas.

**DTS Não Virais**

Para (BRASIL, 2005) A prevalência das DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis. Entre elas, inclui-se o tipo de violência sofrida (vaginal, oral, anal); o número de agressores; a ocorrência de traumatismos genitais; a idade e susceptibilidade da pessoa; a condição himenal; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor. Grande parte das infecções genitais decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Gonorreia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicação adequada.

A equipe deve estar apta a realizar a profilaxia das DST não virais em pessoas que foram vítimas de violência sexual, que visa à protecção contra os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. A profilaxia está indicada em situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da pessoa. É importante ressaltar que em todo atendimento à pessoa vítima de violência sexual devem ser solicitados tipo sanguíneo, sorologia para sífilis, cultura de secreção vaginal e do canal cervical, sorologia para hepatite tipo B e sorologia anti-HIV.

**Prevenção De DST Não Virais**

Não deverão receber profilaxia de DST não virais casos de violência sexual em que ocorra exposição crónica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual. Não é possível estabelecer, com exactidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual.

Diferentemente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão da pessoa ou mesmo por intolerância gástrica, mais prevalente em situações de estreses. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos para o tratamento, entretanto, recomenda-se que seja realizada precocemente, sempre que possível.

**Legislação**

Segundo, (Lei de Família 2004), A violência contra as mulheres tem servido sobretudo como meio de controlo por parte da sociedade patriarcal e contribui para retirar às mulheres o controlo sobre as suas vidas, para além de todos os problemas associados, ao criar problemas de saúde, incapacidade de trabalho, dificuldades em sustentar a família e na interacção com a comunidade. A violência na sua expressão física, psicológica ou sexual é uma realidade presente em quase todos os relacionamentos afectivos, e tem tido como resultado o condicionamento do comportamento das raparigas/mulheres. Nesta área, em Moçambique não se dispõe de legislação adequada para combater a violência contra as mulheres, incluindo a violência e o abuso sexual e a violência doméstica, para além de que os serviços de apoio legal, policial, psicológico e de saúde às vítimas de violência são ainda insuficientes, não existindo programas de educação para a igualdade, que poderiam ajudar a reduzir a tolerância da sociedade quanto a estes tipos de violência.

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

**Organização E Sistema funcional Dos Rituais De Iniciação**

Os ritos são classificados em transições de aprendizagens da adolescência para a fase adulta, o que Terrin (2004) designa por rituais ligados ao ciclo da vida. Segundo este autor, o os ritos significam ordem estabelecida, a qual passa por uma expressão cultural comunitária, porém sem qualquer prescrição discursiva ou de sistema de pensamento para a sua identificação prática. Com esta asserção o autor denuncia o carácter complexo do rito, distintamente, daquilo que seriam, por exemplo, os rituais acompanhantes. A par de uma aproximação de carácter mais religioso, ligada a práticas periódicas de consagração de rituais de sacralidade mitológica, de gestualidade ou instrumentalismo em crenças (aonde perfila a abordagem de Turner, 1974), Terrin (2004) aponta ainda uma outra linha conceptual, de autores como Goody (1961), que encara os ritos enquanto manifestação de performances simbólico-místicas.

**Sexualidade**

Ao nível do conhecimento, a primeira percepção que os jovens raparigas e rapazes têm sobre sexo, acontece no período que vai da pré-puberdade (por volta dos 10 anos) à puberdade, variando esta idade com o maior ou menor impacto que diferentes factores, que fazem parte da sua socialização, têm, de acordo com o sector social de pertença (escola, fora da escola, rural, urbano). São eles: a convivência na rua/bairro; a influência de amigos; a rádio, a televisão (incluindo filmes, muitos dos quais pornográficos, telenovelas e mensagens que estes meios tentam passar no que se refere às ITS/DTS/SIDA) e os médios em geral, os ritos de iniciação, que no nosso estudo marcaram apenas o caso da Zambézia e, em particular, o distrito do Alto Molocué. E tal como já foi verificado em outros estudos (Osório e Arthur, 2002), os factores que representam, por um lado, uma alteração profunda aos meios de pertença, marcando assim uma ruptura com valores culturais-identitários e são, por outro lado, fundamentais na construção de uma identidade de género, produzindo alterações sociais.

**Conclusão**

Esse artigo permite perceber a interação estabelecidas entre os vendedores e os consumidores para relacionar os hábitos, as crenças e algumas atitudes frequentes quanto aos comportamentos de risco. Visto que, os estudos que tratam da socialização dos jovens e a sua sexualidade (Osório & Arthur, 2002; Osório, 2005) fazem frequentes referências ao facto dos ritos de iniciação ainda continuarem em prática em várias regiões de Moçambique, em particular nas rurais, dando ênfase ao papel que os mesmos desempenham na formação de identidades masculinas e femininas, com destaque para o facto de acentuarem “a importância da orientação androcrática na construção da identidade feminina” (Andrade *etal*., 1998), que, por sua vez, reforça, valoriza e mantém sempre presente a dominação masculina, “sendo o lugar por excelência da aprendizagem e interiorização das práticas” (Osório & Arthur, 2002). No entanto, da a entender que esses teóricos associam a sexualidade com a pratica dos ritos de iniciação como forma de transição de valores sociais.

**Perfil do Autor**

**Tubias Benedito Borge Capaina** é formado em Psicopedagogia pela Universidade Católica de Moçambique (2018)**,** em Plano de Negócio e Netwhorking­­pela Universidade Politécnica A Politécnica (2018), em Gestão de recursos humanos pela Universidade Eduardo Mondlane (2017), graduado em Antropologia Social e Cultural pela Universidade Eduardo Mondlane (2017) e Mestrando Gestão do Desenvolvimento na Universidade Católica de Moçambique.

Actualmente trabalha como docente na Universidade Politécnica A Politécnica e é Investigador convidado na Universidade Licungo.

Linhas de investigação: *Educação, Desenvolvimento e Saúde.*

Cell: (+258) 84-75-88-573 ou E-mail: tubiascapaina@gmail.com

Docente e Investigador Social.

**Referencias bibliográfica**

1. ANTUNES, Elsa Mourato, & Mendes, Carla Silva. *Promover a saúde em saúde escolar*. In José Pais Ribeiro & Isabel Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
2. BENNETT & MURPHY. *Psicologia e Promoção da Saúde*. Climepsi Editores, 1999.
3. FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2ª Edição. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 1986.
4. CLAUDE, Dubar. *A socialização: Construção de identidades sociais e profissionais*. Porto editora Lda. 2ed. Lisboa, 1997.
5. FORTE, Sérgio Henrique Arruda Cavalcante. *Manual de elaboração de tese, dissertação e monografia*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza. 2006.
6. JOAQUIM, Nido. *Prestígio e Identidade - uma análise sobre o consumo do álcool entre jovens no bairro Polana Caniço "A", Cidade de Maputo.* Tese - Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane. 2017
7. SANTOS, António Raimundo dos. *Metodologia Científica*: a construção do conhecimento. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
8. SKINNER, Burrhus Frederic. *Ciência e comportamento humano*. SP, Martins Fontes, 2003.
9. UNICEF. *Ao alcance da Humanidade: Um futuro para crianças de África*. Ed.: índice editor. Maputo. 1988.
10. OIVEIRA, R. C. De. *O Trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escreve.* Revista de antropologia, são Paulo, USP, v. 39 no 1. 1996
11. WHO. *Preâmbulo à constituição da WorldHealthOrganization*, adoptada pela International Health Conference, New York, 19-22 Junho, 1946; assinada em 22 Julho 1946 pelos representantes dos 61 estados. *Official Records of the World Health Organization*, nº. 2, p. 100