



# Caracterização dos Parceiros Sexuais Masculininos das AMJ em Moçambique

## Descobertas Principais

Outubro 2018





# Caracterização dos Parceiros Sexuais Masculinos das AMJ em Moçambique

## Descobertas Principais

**Jenifer Chapman**, PhD

**Nena do Nascimento**, MPP

**Mahua Mandal**, PhD

**Sarah Treves-Kagan**, PhD (ABD)

**Ariane Dinis**, Verde Azul

**Ana Costa**, Verde Azul

Outubro 2018

**MEASURE** Evaluation  
University of North Carolina at Chapel Hill  
123 West Franklin Street, Suite 330  
Chapel Hill, North Carolina 27516  
Phone: +1 919-445-9350  
measure@unc.edu  
[www.measureevaluation.org](http://www.measureevaluation.org)

Esta publicação foi produzida com o apoio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), sob os termos do acordo de cooperação da MEASURE Evaluation AID/OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation é implementada pelo Centro Populacional da Carolina, da Universidade de Carolina do Norte em Chapel Hill, em parceria com ICF International; John Snow, Inc; Ciências de Gestão para Saúde; e da Universidade de Tulane. As opiniões expressas nesta apresentação não refletem necessariamente os pontos de vista da USAID nem do governo dos Estados Unidos. TR-18-259 PT

ISBN: 978-1-64232-036-7





## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e ao Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA (PEPFAR) pelo seu apoio à este trabalho, e à MEASURE Evaluation (Avaliação MEASURE), que é financiada pela USAID e PEPFAR, por apoiar o trabalho dos seguintes autores: Jenifer Chapman, Nena do Nascimento e Mahua Mandal.

Agradecemos ao Nathaniel Lohman, Célio Vilichane e Tracy Hawry da USAID/Moçambique; Mary Ellen Duke (ex-USAID / Moçambique); e Susan Lorente, do Gabinete de Coordenação do PEPFAR, em Moçambique, por ajudar à conceituar este estudo, orientar a implementação e revisar o relatório. Agradecemos Lourena Manembe e Ema Chuva, no Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), em Moçambique, pela sua liderança e compromisso com este estudo e com a utilização dos resultados na elaboração de políticas governamentais.

Somos gratos aos colegas da Verde Azul, em Moçambique, pelo apoio durante a implementação do projecto, especialmente Kemal Vaz e Aissa Mamade, bem como à equipa de campo que colectou os dados. Agradecemos aos vários parceiros governamentais e não-governamentais que participaram de comités de direção distritais e apoiaram o recrutamento: os departamentos provinciais de saúde e controlo do HIV (DPSs e NPCs, respectivamente), Educação Mundial/Bantwana, a Fundação Pediátrica para a SIDA Elizabeth Glaser, FHI 360, Visão Mundial, Jhpiego, Associação Moçambicana Mulher e Educação, Núcleo das Associações Femininas da Zambézia, e Médicos com a África CUAMM. Também agradecemos à Lily Bunker pelo apoio na criação de grupos de referência das partes interessadas e Chambalson Jorge Chambal pelo apoio com tradução.

Agradecemos à Susan Settergren, da MEASURE Evaluation, Palladium, pelas contribuições ao protocolo e ferramentas de colecta de dados, e por nos ajudar à pensar no plano de análise, Andrew duBois da Palladium, por desenvolver as versões eletrónicas das ferramentas de colecta de dados, e William Meihak Miller da MEASURE Evaluation, da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill (UNC), por nos orientar na colecta de dados. Agradecemos à Jessica Fehringer, da MEASURE Evaluation, UNC, pela revisão das versões deste relatório. Agradecemos também à equipa de gestão do conhecimento da MEASURE Evaluation, UNC, pelos serviços editoriais e de produção.

Finalmente, estendemos agradecimentos especiais às raparigas adolescentes e as mulheres e homens jovens que participaram do estudo, pelo seu tempo e pelas informações valiosas que todos forneceram.

Tradução ao português: Marjorie M. Macieira

Foto da capa: Robert Harding, Flickr Creative Commons

# CONTEÚDO

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Agradecimentos.....       | 5  |
| Abreviações.....          | 8  |
| Resumo Executivo.....     | 9  |
| Antecedentes.....         | 9  |
| Questões da Pesquisa..... | 9  |
| Métodos.....              | 9  |
| Resultados.....           | 10 |
| Recomendações.....        | 11 |
| Introdução.....           | 13 |
| Questões da Pesquisa..... | 15 |
| Métodos.....              | 15 |
| Localidade do Estudo..... | 15 |
| Grupos Focais.....        | 17 |
| Limitações do Estudo..... | 18 |
| Resultados.....           | 20 |
| Discussão.....            | 27 |
| Recomendações.....        | 30 |
| Referência.....           | 39 |

## FIGURAS

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Figura 1. Mapa de Moçambique ..... | 15 |
|------------------------------------|----|

## TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Características das Localidades do Estudo (MISAU, et al., 2015) .....   | 15 |
| Tabela 2. Características dos homens que relatam relações sexuais com as AMJ, segundo o status da parceira AMJ .....  | 32 |
| Tabela 3. Características dos homens que relatam relações sexuais com as AMJ, pelas características das AMJ <sup>1</sup> .....  | 33 |
| Tabela 4. Comportamentos de risco dos homens, segundo as características demográficas das AMJ, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ <sup>1</sup> ..... | 34 |
| Tabela 5. Comportamentos masculinos de risco, por tipo de relacionamento com as AMJ, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ <sup>1</sup> .....           | 34 |
| Tabela 6. Testagem do HIV reportada e barreiras à testagem do HIV, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ .....  | 35 |
| Tabela 7. Aumento na utilização da testagem do HIV, por características masculinas, entre os que tiveram relações sexuais com as AMJ (n=981) <sup>1</sup> .....         | 36 |
| Tabela 8. Status de circuncisão, por características masculinas, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ (n = 981) <sup>1</sup> .....                     | 37 |
| Tabela 9. Preferências de serviços de saúde, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ (n = 981) <sup>1</sup> .....   | 38 |

## ABREVIATURAS

|         |  |
|---------|--|
| AMJ     | Adolescentes e mulheres jovens   |
| RPA     | Razão de possibilidades ajustada   |
| DREAMS  | Determinadas, Resilientes, Capacitadas, Livres da SIDA, Aconcelhadas e Seguras |
| DGF     | Discussão em grupo focal   |
| IMASIDA | Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA                     |
| PEPFAR  | Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA     |
| PrEP    | Profilaxia pré-exposição   |
| SAAJ    | Serviço Amigo do Adolescente e Jovem   |
| UNSIDA  | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA                             |
| USAID   | Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional                |

# SUMÁRIO EXECUTIVO

## Antecedentes

As raparigas adolescentes e mulheres jovens (AMJ) com idades de 15 à 24 anos foram identificadas como uma população extremamente vulnerável ao HIV. Menos da metade das AMJ que vivem com HIV sabem seu status de HIV, e as taxas de aumento na utilização de tratamento e a supressão viral entre adolescentes e jovens, especialmente mulheres, são extremamente baixas no mundo. As AMJ correm o risco de adquirir o HIV predominantemente através da transmissão sexual de parceiros masculinos HIV-positivos. Para impedir que as AMJ adquiram o HIV, uma estratégia é prevenir o HIV entre os parceiros sexuais masculinos e reduzir a infecciosidade dos parceiros HIV positivos. No entanto, pouco se sabe globalmente sobre as características dos parceiros sexuais das AMJ, o que limita os esforços para alcançá-los com serviços de HIV e, portanto, limita os esforços para reduzir o HIV entre os mesmos. O Fundo de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA (The United States President's Emergency Fund for AIDS Relief, PEPFAR), através da Iniciativa Determinada, Resiliente, Capacitada, Livre da SIDA, Aconselhada e Segura (Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored, and Safe, DREAMS), apelou às missões do Governo dos EUA no estrangeiro para colmatar esta lacuna de conhecimento, por meio de estudos a fim de caracterizar os parceiros sexuais masculinos.

USAID/Moçambique solicitou à MEASURE Evaluation (Avaliação MEASURE) que realizasse um estudo fornecendo conhecimentos sobre as características dos homens que se envolveram recentemente em actividades sexuais com as AMJ, a dinâmica dos relacionamentos e os factores que influenciam o envolvimento dos homens nos serviços de prevenção e tratamento de HIV/SIDA.

## Questões da pesquisa

Este estudo teve três questões de pesquisa:

1. Quem são os parceiros sexuais das AMJ?
2. O comportamento sexual de risco (ou seja, múltiplos parceiros sexuais recentes e o sexo desprotegido) entre as AMJ e seus parceiros do sexo masculino está associado a certas características do parceiro sexual (por exemplo idade, educação, emprego, renda ou outros factores)?
3. Em que medida os parceiros sexuais masculinos das AMJ usam/estão dispostos a usar diferentes tipos de serviços de HIV e SIDA?

## Métodos

MEASURE Evaluation realizou um estudo de duas partes: a primeira parte envolveu grupos focais com cinco subgrupos de AMJ e a segunda parte consistiu de um inquérito de homens baseado nos locais de interceptação.

### Grupos Focais

Conduzimos 15 discussões em grupos focais (DGFs) com 102 AMJ de 15 à 24 anos em três locais em Moçambique: nos distritos de Quelimane, Beira e Xai-Xai. Tiramos amostras das AMJ com diversas características demográficas (tais como frequenta escola/ não frequenta escola, casada/solteira e mãe/sem filhos). A nossa equipa de estudo reuniu um comité em cada distrito para elaborar uma estratégia de recrutamento para cada local. Organizações locais e parceiras de implementação do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA (PEPFAR) recrutaram participantes para o estudo em clínicas de saúde, escolas e outros locais da comunidade.

## Inquérito

Realizamos entrevistas anônimas, individuais, e cara a cara com homens de 18 anos ou mais, usando um instrumento de inquérito eletrônico, breve, com perguntas fechadas que indagaram sobre suas parcerias sexuais, dados demográficos (deles e de suas parceiras sexuais AMJ mais recentes<sup>1</sup>), testagem de HIV e conhecimento do status de HIV, circuncisão masculina, uso de preservativo, participação em serviços de HIV, e preferências e barreiras aos serviços de HIV. Recrutamos os homens em diversos locais (bares, restaurantes, escolas, praias e assim por diante). Selecionamos locais para o inquérito a partir de uma lista gerada pelas AMJ durante as discussões de grupo focais, sobre os locais onde seus parceiros sexuais masculinos passam tempo, complementada por contribuições de um grupo de referência das partes interessadas em cada distrito do estudo. O nosso objectivo era inquirir 930 homens que relataram ter tido relações sexuais recentes com uma AMJ em três distritos: Quelimane, Beira e Distrito Xai-Xai.

## Resultados

Os 15 grupos focais incluíram 102 AMJ. O inquérito atingiu 1.140 homens recrutados em 38 locais. Oitenta e seis por cento (n = 981) dos homens entrevistados relataram ter tido relações sexuais com uma AMJ nos 12 meses anteriores ao inquérito.

### Quem são os parceiros sexuais das AMJ?

Os participantes das DGFs relataram que as AMJ se envolvem em relações sexuais com homens de diferentes idades, níveis de educação e status socioeconômicos. As participantes falaram de relacionamentos casuais e sérios com um namorado ou um homem mais velho e relacionamentos com maridos que moram em casa ou longe de casa. Contudo, as DGFs com inquiridas de idade escolar mencionaram consistentemente professores do ensino secundário como parceiros sexuais. Além disso, as participantes destacaram que algumas adolescentes preferem homens mais velhos como namorados, reconhecendo que eles estão em melhor situação financeira, tendo meios econômicos para apoiá-las caso se engravidem, e sendo mais capazes de fornecer outros benefícios materiais.

Os homens reportando uma AMJ como parceira sexual nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito, eram mais jovens e mais propensos a terem uma namorada estável. Usando uma análise multivariada, identificamos características masculinas associadas aos subgrupos das AMJ. Os homens que relataram parceiras sexuais mais jovens (menores de 19 anos) eram mais jovens, mais propensos a serem estudantes e tinham um baixo nível educacional. Os homens que relataram que a sua parceira sexual mais recente, a qual era de idade escolar, mas não frequentava a escola, tinham maior probabilidade de serem móveis e tinham menos probabilidade de ter concluído o ensino secundário. Os homens relatando que sua parceira sexual AMJ mais recente estava grávida ou já era mãe eram mais prováveis de serem casados.

### O comportamento de risco sexual entre as AMJ e seus parceiros do sexo masculino é associado a certas características de parceiros sexuais?

Em todas as DGFs, as participantes comumente descreveram tanto as AMJ quanto seus parceiros sexuais masculinos como tendo relações com múltiplos parceiros, sejam estes casados ou solteiros. As mulheres casadas concordam que o uso de preservativos com seus maridos é raro. O uso de preservativos com namorados ou parceiros casuais é mais comum, mas não consistente. As AMJ individualmente descreveram usar preservativos, porém não de forma necessariamente consistente. As práticas do uso de preservativos diferem um pouco, dependendo da idade do parceiro masculino. As participantes das

---

<sup>1</sup> No interesse da simplicidade gramatical, vamos nos referir às AMJ neste relatório no singular (por exemplo, "uma AMJ"), bem como no plural (por exemplo, "algumas AMJ").

DGFs disseram que o uso de preservativos é mais comum com os namorados de sua idade do que com parceiros sexuais mais velhos ou casados.

As respondentes concordaram que, em geral, os homens - independentemente da idade, status econômico e outras características - têm mais poder e autoridade para decidir se fazem sexo e/ou se usam preservativos. O papel dos parceiros sexuais masculinos como provedores de sustento e provedores econômicos parece transcender as relações sexuais. As AMJ descreveram os parceiros sexuais masculinos como "chefes" ou "mestres" encarregados de suas famílias e das mulheres em suas vidas. As AMJ casadas destacaram sua incapacidade de insistir no uso do preservativo com seus maridos ou controlar os relacionamentos extraconjugais de seus maridos.

Sessenta por cento (60%) dos homens relataram o uso do preservativo durante a última relação sexual; 41% relataram uso consistente do preservativo (sempre usando preservativos). Homens com parceiras AMJ mais jovens eram mais propensos a relatarem o uso consistente do preservativo, enquanto homens com parceiras AMJ que eram mães ou grávidas eram menos propensos a fazê-lo. Da mesma forma, homens que eram casados ou conviviam com parceiras AMJ tinham significativamente menos probabilidade de relatarem o uso consistente do preservativo.

Em que medida os parceiros sexuais masculinos das AMJ estão usando, ou estão dispostos a usar, diversos tipos de serviços de HIV e SIDA?

Os participantes do sexo masculino relataram taxas extremamente altas de testagem de HIV. 83% relataram que já fizeram testes de HIV. A maioria dos homens preferiu ser testado em um hospital público, e a maioria estava interessado em testagem no local de trabalho. Cerca de três quartos da amostra (76%) relataram ter sido circuncidados. Dos que não foram circuncidados, a maioria estava interessada na circuncisão e relatou um hospital público como o local preferido para a circuncisão.

Perguntamos aos homens sobre suas preferências quanto aos melhores horários para acessar aos serviços. O tempo de maior pontuação foi domingo à noite; no entanto, a maioria dos entrevistados indicou que as manhãs e as tardes nos finais de semana são horários convenientes para o acesso aos serviços de HIV.

## Recomendações

- Para alcançar parceiros sexuais das AMJ, recomendamos que **os programas de HIV tenham como alvo homens mais jovens** (com menos de 30 anos), incentivando-os a usar preservativos com suas mulheres e namoradas de forma consistente, serem circuncidados, e fazerem o teste do HIV, discutir o seu status do HIV com suas parceiras. Encorajamos também campanhas de mudança de comportamento para homens de todas as idades e características, com mensagens positivas em como ser fiéis às suas parceiras
- Recomendamos **programas de prevenção e testagem do HIV nas escolas** para alcançar parceiros sexuais masculinos das AMJ, em idade escolar, com mensagens sobre o uso de preservativos, encorajando-lhes a limitar o número de parceiros sexuais, fazer testagem do HIV e circuncisão masculina médica e voluntária, bem como um mecanismo para sensibilizar raparigos e raparigas sobre questões de gênero.
- Recomendamos incentivar a **expansão de serviços integrados de planeamento familiar/HIV para jovens, dentro e fora das unidades de saúde**. Esforços específicos devem ser feitos para atrair clientes do sexo masculino, os quais são muito menos propensos do que as mulheres à participarem em serviços de saúde sexual e HIV

- Recomendamos **campanhas experimentais nos locais de trabalho para testagem de HIV** e de mudança de comportamento, particularmente em sectores que empregam homens com menos escolaridade, como por exemplo, a mineração e a pesca.
- Recomendamos que os programas **auentem a disponibilidade e a promoção de preservativos em clínicas infantis, locais de vacinação de rotina e clínicas pré-natais**. Os programas também devem educar os homens sobre a importância do uso de preservativos com seus parceiros.
- Recomendamos que os programas **visem as AMJ com treinamentos nas escolas e nas comunidades para melhorar suas habilidades de autoeficácia/empoderamento/planeamento de vida, usando um currículo baseado em evidências**. Estes treinamentos devem apoiar as AMJ na redução do risco de contrair HIV, através do fortalecimento de habilidades para a negociação das relações sexuais e do uso de preservativos.
- Recomendamos **priorizar professores masculinos do ensino médio com programas de prevenção do HIV**. Também recomendamos que os Ministérios da Saúde, Educação e Justiça trabalhem em estreita colaboração para desenvolver um plano para combater o sexo e o assédio sexual por parte dos professores em relação aos estudantes em nível nacional, abordando a prevenção, apoio e proteção, investigação e justiça. Encorajamos o uso de mecanismos de denúncia protegida ou anônimos, através dos quais os alunos possam denunciar assédio e abuso sexual em suas escolas.
- Recomendamos **a extensão da programação, como grupos de poupança e transferências monetárias, para melhorar a situação econômica das AMJ**, particularmente mulheres grávidas ou mães jovens, para que elas não tenham que depender financeiramente de parceiros masculinos ou se sintam pressionadas a se envolver em relações sexuais por causa da necessidade econômica. Esta abordagem é um meio importante de mudar o desequilíbrio de poder que as AMJ vivenciam, ao iniciar as relações sexuais com homens.
- Dada a preponderância do sexo desprotegido entre casais e a falta de poder para negociar o sexo dentro do casamento, recomendamos um **melhor engajamento que leve a esforços para reduzir o casamento prematuro, melhore o aumento da utilização dos métodos de planeamento familiar, e intervenções HIV** voltadas a famílias e comunidades.
- Recomendamos a **integração da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) oral nas estratégias de prevenção do HIV**. Esta estratégia de prevenção do HIV pode ter um impacto imediato na transmissão do HIV.

# INTRODUÇÃO

As AMJ de idades compreendidas entre 15 à 24 anos foram identificadas como uma população extremamente vulnerável ao HIV (Karim, Baxter, & Birx, 2017, Dellar, Dlamini, & Karim, 2015). A nível global, em 2016, aproximadamente 400.000 AMJ, nesta faixa etária, ficaram recentemente seropositivas (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA [UNAIDS], 2017). Nos países da África Subsaariana com epidemia generalizada do HIV, a adolescência marca um aumento na prevalência do HIV, e as disparidades de gênero nessa prevalência surgem e se expandem dramaticamente (Idele, et al., 2014). Estimativas recentes de sete países africanos indicam que a prevalência do HIV entre mulheres de 15 à 25 anos é mais do que o dobro do que entre os homens (Brown, et al., 2018).

Apesar do imperativo epidemiológico e dos direitos humanos para apoiar as AMJ a permanecerem livres do SIDA, a programação até o momento teve um sucesso limitado em comparação com outras iniciativas de prevenção (Karim, et al., 2017). Menos da metade das AMJ que vivem com HIV sabem seu status do HIV (Brown, et al., 2018), e as taxas de aumento na utilização de tratamento e supressão viral entre adolescentes e jovens, especialmente mulheres, são extremamente baixas no mundo (Lamb, et al., 2014 Auld et al., 2014; Denison et al., 2015). Além disso, embora outros grupos etários tenham sofrido declínios nas mortes relacionadas com o SIDA, as mortes de adolescentes relacionadas com o SIDA aumentaram em cerca de 50% entre 2005 e 2012 (Idele, et al., 2014).

Em Moçambique, os desafios epidemiológicos são vastos, mesmo em comparação com as estatísticas globais. Enquanto outros países da região estão vivenciando um declínio na prevalência do HIV, Moçambique está enfrentando uma prevalência alta e sustentada. Treze por cento dos homens e mulheres de 15 à 49 anos vivem com o HIV, em comparação com 11,5% em 2011 (MISAU, INE e ICF International, 2015). Uma maior prevalência do HIV existe entre as mulheres (15,4%) em comparação aos homens (10,1%). A diferença entre os sexos é muito mais acentuada entre os jovens de 15 à 24 anos: a prevalência do HIV entre as mulheres é mais de três vezes maior do que a masculina (feminina: 9,8%; masculina: 3,2%) (MISAU, et al., 2015).

O plano PEPFAR, através da Iniciativa Determinada, Resiliente, Autônoma, Livre da SIDA, Aconselhada e Segura (DREAMS, [www.dreamspartnership.org](http://www.dreamspartnership.org)), reconheceu a importância de alcançar as AMJ (PEPFAR, 2016). Em Moçambique, programas abrangentes direcionadas às AMJ sob a Iniciativa DREAMS estão em andamento em cinco distritos: Xai-Xai, Cidade de Xai-Xai, Chokwe, Cidade de Quelimane e Cidade da Beira.

Uma das estratégias de programação da Iniciativa DREAMS é prevenir o HIV entre os parceiros sexuais masculinos das AMJ e reduzir a infecciosidade dos parceiros que são seropositivos (por meio do controlo da carga viral), reduzindo assim a incidência do HIV entre as AMJ. Esta abordagem exige informações sobre as características dos parceiros sexuais das AMJ; quem são e como podem ser alcançados. Esta informação está faltando em Moçambique. Para preencher essa lacuna de conhecimento, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) em Moçambique solicitou à MEASURE Evaluation (Avaliação MEASURE) que realizasse um estudo caracterizando os homens que se envolveram recentemente em actividades sexuais com as AMJ, a dinâmica destes relacionamentos, e os factores que afectam a disposição dos homens usarem os serviços de prevenção e cuidados do HIV e SIDA.

Este estudo consistiu de duas partes. A primeira parte foi um estudo qualitativo das AMJ usando DGFs para obter informações sobre seus parceiros sexuais masculinos. A segunda parte foi um inquérito de interceptação breve e anônimo entre raparigas adolescentes e homens com 18 anos ou mais, realizado em locais identificados pelas AMJ onde seus parceiros sexuais poderiam ser encontrados. Os resultados

detalhados de ambos estudos foram relatados previamente (do Nascimento, Costa e Chapman, 2018, Chapman, Trevis-Kagan, Mandal, & Dinis, 2018). Este relatório apresenta uma breve síntese dos resultados de ambas partes do estudo.

## **Questões da Pesquisa**

Três questões principais da pesquisa guiaram o componente de inquérito deste estudo:

1. Quem são os parceiros sexuais das AMJ?
  - a. Por quais factores as AMJ caracterizam os seus parceiros sexuais , por exemplo: demografia, localização da residência, ocupação e assim por diante?
  - b. Como se caracterizam os parceiros sexuais masculinos das AMJ em relação a estes factores?
  - c. Os perfis de parceiros masculinos diferem entre os diferentes subgrupos das AMJ? Caso positivo, de que maneira?
  
2. O comportamento sexual de risco entre as AMJ e os seus parceiros masculinos está associado a certas características de parceiros sexuais?
  - a. O tipo de relacionamento tem impacto no comportamento sexual de risco?
  - b. O comportamento sexual de risco está associado a desequilíbrios de poder nos relacionamentos, avaliados em termos de diferenças entre parceiros, no que diz respeito à idade, nível de instrução, emprego e outros factores?
  
3. Em que medida os parceiros sexuais das AMJ estão a usar ou estão dispostos a usar diferentes tipos de serviços de HIV e SIDA?
  - a. Pelo tipo de serviço, quais são os factores nos serviços que afectam a disposição de uso?
  - b. Quais são as barreiras ao aumento de utilização dos serviços?

## MÉTODOS

A metodologia do grupo focal e do inquérito está resumida aqui. Para informações mais detalhadas sobre os métodos, consulte os relatórios completos dos resultados (do Nascimento, et al., 2018 e Chapman et al., 2018). Obtivemos aprovação ética da Health Media Labs, Inc. nos Estados Unidos e do Comitê Nacional de Bioética para a Saúde em Moçambique.

### Localização do Estudo

O estudo foi realizado em três distritos de Moçambique: Cidade de Quelimane (província da Zambézia), Cidade de Beira (província de Sofala) e Xai Xai (província de Gaza). Veja a Figura 1.

A USAID selecionou e determinou estes distritos a fim de representar o contexto do HIV em todos os distritos da Iniciativa DREAMS. Informações sobre os distritos do estudo são apresentadas na Tabela 1 abaixo.

Figura 1. Mapa de Moçambique



Tabela 1. Características das Localidades do Estudo (MISAU, et al., 2015)

| Características   | Quelimane, Zambézia | Beira, Sofala | Xai-Xai Distrito, Gaza |
|---|---------------------|---------------|------------------------|
| <b>Localização</b>  | Urbana              | Peri-urbana   | Peri-urbana            |
| <b>Prevalência HIV*</b>   | 15.1%               | 16.3%         | 24.4%                  |
| Feminina (15 à 49 anos)   | 16.8%               | 18.8%         | 28.2%                  |
| Masculina (15 à 49 anos)  | 12.5%               | 13.0%         | 17.6%                  |
| Feminina (15 à 24 anos)   | 14.3%               | 11.6%         | 15.9%                  |
| Masculina (15 à 24 anos)  | 4.1%                | 1.0%          | 2.1%                   |
| <b>% de raparigos e homens de 15 à 49 anos circuncidados *</b>                    | 47.6%               | 20.1%         | 47.5%                  |
| Masculina (15 à 24 anos)**  | 66.0%               |               |                        |
| <b>% que fizeram o teste do HIV nos últimos 12 meses e receberam resultados *</b> | 26%                 | 24%           | 48%                    |
| Feminina (15 à 49 anos)   | 25.7%               | 23.6%         | 48.0%                  |
| Masculina (15 à 49 anos)  | 15.9%               | 31.8%         | 26.1%                  |
| Feminina (15 à 24 anos)**   | 32.2%               |               |                        |
| Masculina (15 à 24 anos)**  | 15.5%               |               |                        |

\*Dados das Províncias. \*\* Dados nacionais.

## Grupos Focais

Em cada distrito do estudo, realizamos cinco DGFs com uma média de seis a oito<sup>2</sup> AMJ. Os grupos incluíram segmentos específicos da população alvo, selecionados pela USAID/Moçambique para a programação da Iniciativa DREAMS<sup>3</sup>:

1. Frequenta escola, com idades de 15 à 17 anos
2. Não frequenta escola, com idades de 18 à 19 anos e não está grávida, em pós-parto ou lactando
3. Não frequenta escola, com idade de 15 à 19 anos, casada e gestante, em pós-parto ou lactando
4. Com idades entre 20 à 24 anos e não esta grávida, em pós-parto ou lactando
5. Com idades entre 20 à 24 anos e grávida, em pós-parto ou lactando

Desenvolvemos um guia de temas para obter informações sobre os tipos e características dos parceiros sexuais masculinos, como o comportamento sexual de risco varia de acordo com os tipos e características dos parceiros sexuais e as dinâmicas de gênero nas relações sexuais entre as AMJ e seus parceiros sexuais.

A equipa do estudo recrutou participantes com o apoio de parceiros da Iniciativa DREAMS nos distritos do estudo. Antes de colectar qualquer informação, os colectores de dados buscaram e documentaram o consentimento informado/aceitação de cada participante (e dos responsáveis por menores). A equipa de áudio gravou todas as discussões.

O anotador transcreveu as gravações das DGFs em Português e com o especialista em estudos qualitativos ampliou as transcrições com as notas de campo. Eles redigiram todas as informações de identificação e as mantiveram confidenciais para proteger a privacidade dos participantes. Os analistas em estudos qualitativos seguiram as cinco etapas inter-relacionadas para análise de dados: leitura, codificação, exibição, redução e interpretação (Miles & Huberman, 1994; Ulin, Robinson & Tolley, 2005).

Realizamos entrevistas individuais, anônimas, e cara-a-cara em locais públicos, com homens de 18 anos ou mais, usando um instrumento de inquérito breve, com perguntas fechadas. As medidas baseadas em resultados foram as seguintes:

- Percentagem que relatou três ou mais parceiras sexuais femininas nos últimos 12 meses
- Percentagem que relatou uso do preservativo na sua última relação sexual com sua parceira sexual recente
- Percentagem que relatou uso consistente do preservativo (sempre usando preservativos) com sua parceira sexual AMJ mais recente
- Percentagem que relatou dar presentes ou dinheiro a sua parceira sexual AMJ mais recente em troca de sexo contínuo
- Percentagem que relatou ter feito o teste do HIV
- Percentagem que relatou várias barreiras a testagem do HIV
- Percentagem que relatou ser circuncidado
- Percentagem que relatou que estavam considerando se circuncidar
- Percentagem que relatou várias preferências de serviços de prevenção e tratamento do HIV
- Percentagem que relatou ter sexo com homens
- Percentagem que relatou consumir muito álcool

---

<sup>2</sup> Uma DGF teve somente quatro participantes.

<sup>3</sup> Estas divisões foram determinadas pela USAID e são baseadas nas diretrizes da Iniciativa DREAMS específicas à Moçambique.

Porque a circuncisão médica masculina voluntária para parceiros HIV-negativos das AMJ é uma intervenção chave da Iniciativa DREAMS, nosso indicador para cálculos do tamanho da amostra foi a prevalência de homens que foram circuncidados. Usando uma estimativa conservadora de 51 por cento para este indicador, com uma margem de erro de 5 por cento, um efeito do desenho estimado em 2,0 e uma taxa de resposta estimada em 80 por cento, calculamos um tamanho de amostra do estudo necessário em 930 homens. Nosso objetivo era recrutar homens de pelo menos 10 locais diferentes em cada um dos três distritos pesquisados.

Selecionamos os locais da seguinte forma: durante os grupos focais com as mulheres jovens, extraímos informações sobre onde poderíamos encontrar diferentes tipos de parceiros sexuais das AMJ, criando assim uma lista de locais em cada distrito. Em seguida, discutimos esta lista com grupos de referência das partes interessadas, compostos por membros do governo e parceiros de implementação do PEPFAR, que havíamos formado em cada distrito para assessorar na coleta de dados. Depois, trabalhamos com os proprietários/funcionários dos estabelecimentos e com o governo local para obter permissões para recrutar nos locais recomendados. Os locais incluíram bares, barracas, escolas, mercados e praias.

Os coletores de dados abordaram os homens para participarem em uma entrevista de 15 minutos nestes locais. Tanto o entrevistado quanto o coletor de dados documentou seu consentimento. Os coletores de dados realizaram as entrevistas usando a captura de dados eletrônica por meio de tablets. Eles não capturaram nenhuma informação de identificação pessoal.

Analisamos os dados no STATA 15. Realizamos distribuições de frequência para todas as variáveis e, em seguida, realizamos a regressão logística bivariada e multivariada para cada questão da pesquisa.

## **Limitações do estudo**

Este estudo tem algumas limitações. Primeiro, os resultados do estudo têm uma generalização limitada além das localidades do estudo. Mesmo dentro das localidades do estudo, os participantes do estudo podem não ser representativos de todas as AMJ, e todos os parceiros sexuais masculinos das AMJ, devido ao modo como ambas as populações do estudo foram recrutadas (embora uma amostra representativa não seja o objetivo da pesquisa qualitativa). Para participar no estudo, as AMJ foram selecionadas com o apoio de parceiros que implementam projetos financiados pela USAID. Uma grande parte das participantes selecionadas veio de registros destes projetos nos locais de estudo. Consequentemente, elas podem não refletir as AMJ típicas em suas comunidades. O viés de seleção foi introduzido ao inquérito durante a seleção do local.

As descobertas também estão sujeitas a vários vieses de resposta. Este estudo extraiu informações pessoais de homens sobre seus comportamentos sexuais de risco, o que está sujeito a viés de autorrelato. Além disto, perguntamos aos homens sobre sua história sexual nos 12 meses anteriores ao inquérito, o que pode estar sujeito a viés de memória. Ainda mais, o estudo pediu que os homens discutissem suas relações com as jovens de 15 à 24 anos, mas os participantes podem não ter julgado precisamente a idade das meninas. É possível que alguns dados capturem relações com meninas menores de 15 anos e mulheres com mais de 24 anos. Além da idade, os homens podem não ter relatado informações precisas sobre outras características das AMJ, especialmente se sua parceira sexual mais recente era alguém recém-conhecido (aproximadamente 5% da amostra). Da mesma forma, pedimos as AMJ para caracterizarem parceiros sexuais masculinos das AMJ "como elas" ao invés de compartilhar suas próprias histórias. Este método tem limitações, pois as AMJ podem ter compartilhado informações incorretas sobre o que suas amigas estavam fazendo, ou sobre o que é típico na grande variedade dos relacionamentos e comportamentos. É possível que as participantes do grupo focal estivessem adivinhando os tipos de respostas que o facilitador esperava. Assim, as percepções destas participantes poderiam tê-las levado a

exagerar o risco do comportamento sexual das AMJ da sua idade. Por exemplo, embora os participantes do nosso estudo tenham descrito uma cultura de AMJ com múltiplos parceiros sexuais, o mais recente Inquérito Demográfico de Saúde em Moçambique concluiu que apenas 3 por cento das AMJ com idades de 15 à 24 anos tinham dois ou mais parceiros sexuais no ano anterior (MISAU, et al., 2015).

Finalmente, o viés pode ter sido introduzido na análise por causa da necessidade de interpretações - especialmente das transcrições dos grupos focais. Os guias de temas estavam em português e as discussões foram realizadas tanto em português e nos idiomas locais. No entanto, é possível que alguns termos ou conceitos não tenham sido adequadamente traduzidos ou compreendidos pelos participantes ou pelo facilitador, mesmo com um intérprete à disposição para apoiá-los.

## RESULTADOS

Um total de 102 AMJ participaram em 15 DGFs através dos três locais do estudo. No total, 1.176 homens dentre os 1.520 que abordamos foram elegíveis e consentiram em participar do inquérito. Recrutámos homens de 38 locais (11 na cidade de Beira, 13 no distrito de Xai-Xai e 14 em Quelimane). A demografia dos participantes é descrita nos relatórios completos (do Nascimento et al., 2018 e Chapman et al., 2018) e não é repetida aqui.

### Quem são os parceiros sexuais das AMJ?

Como caracterizam as AMJ os seus parceiros sexuais?

Os participantes notaram que as AMJ têm relações sexuais com homens de todas as idades. Poucos pontos em comum ou tendências surgiram. Uma respondente de Beira explicou da seguinte forma:

“É tudo misturado... há aquelas que gostam de namorar rapazes mais novos do que elas... e há raparigas com 18 anos mas que namoram com homens de 23, 25 e 30 anos.”

Porém namorar homens mais velhos foi discutido em todas as DGFs.

Embora a idade não tenha sido identificada pelas AMJ como um factor na seleção de parceiros sexuais, os participantes de todos os grupos expressaram uma forte preferência por homens que pudessem oferecer segurança econômica e material e assumir a responsabilidade pela gravidez. As entrevistadas geralmente associaram estas características aos homens mais velhos. Uma adolescente de 18 à 19 anos que não frequenta a escola em Quelimane descreveu que, em última análise, prefere estar com um homem mais velho por causa do apoio financeiro que ele pode dar a ela, ao invés de um namorado de sua idade:

“Estou com meu namorado e encontro um homem mais velho que pode-me dar tudo - ele me compra peças de cabelo, roupas, você nem sabe o quanto. Então eu estou com este homem porque ele é capaz de satisfazer todos os meus desejos, eu estou com ele por causa do seu dinheiro... Ele está sempre a me comprar telefones caros. Então, quando você vê isto [a dizer, que este homem pode providenciar tudo para você], e o facto de que seu namorado não pode-lhe dar nenhum dinheiro, logo você está correndo para o homem mais velho.”

As entrevistadas explicaram que as AMJ têm relações sexuais com ambos homens casados e solteiros. As participantes AMJ mais jovens e solteiras notaram uma preferência em namorar homens casados porque este tipo de relacionamento lhes proporcionaria bens materiais e não levaria a um compromisso a longo prazo. As AMJ solteiras também disseram que elas namoram meninos solteiros e jovens de sua idade. Por outro lado, as participantes notaram que mulheres solteiras com idades de 20 à 24 anos estão mais frequentemente procurando um relacionamento sério que possa levar ao casamento; portanto, elas estão menos interessadas em homens casados. Algumas entrevistadas casadas descreveram relacionamentos monogâmicos e fiéis, porém era mais frequente que as participantes casadas explicassem que elas, e suas amigas casadas, têm um namorado e o marido. As mulheres casadas também notaram que seus maridos, de igual maneira, tendem a ter relacionamentos com outras mulheres.

As entrevistadas disseram que as AMJ têm parceiros sexuais masculinos de todos os níveis de instrução, variando de nenhuma instrução ao ensino primário, secundário e universitário. Quase todas as participantes, independentemente da idade, estado civil ou estado materno, relataram que os níveis educacionais dos parceiros sexuais masculinos das AMJ são variados. A única exceção foi em DGFs com mulheres jovens, de idades de 20 à 24 anos que estavam grávidas, em pós-parto ou lactando. Nas três

regiões, este grupo descreveu parceiros sexuais ou sem nenhuma instrução, educação mínima, ou nenhuma além da educação secundária.

As participantes das DGFs disseram que suas colegas AMJ têm parceiros sexuais masculinos que realizam trabalhos qualificados e não qualificados. As AMJ indicaram que valorizam parceiros sexuais masculinos com empregos altamente qualificados. Uma adolescente fora da escola de 18 à 19 anos de idade em Xai-Xai explicou o alto valor que ela e suas colegas dão aos homens que trabalham para o estado. Ela se lembra de ter ouvido uma garota da idade dela se gabando do emprego do namorado:

"Eu conheço uma garota [que namora um professor], e quando ela sai com amigos ela diz: 'Eu saio com alguém que trabalha para o Estado'. Eu não sei se ela está realmente interessada em namorar com alguém que trabalha para o Estado, eu não sei se este homem diz que ele não quer ter nada haver com ela quando sai com amigos. Isso a deixaria mais humilde, já que ela diz que namora alguém que trabalha para o Estado. Eu realmente não quero ter nada haver com ela."

Uma respondente de 20 à 24 anos de Beira explicou o que pensa sobre os homens que trabalham em empregos de baixa qualificação, o que ela não valoriza: "[Alguns homens estão empregados] carregando sacos [estivadores]; outros homens trabalham para a China [em empresas chinesas], e daí? Isso não é trabalho!"

Participantes das DGFs mais jovens (estudantes e não-estudantes) em todas as regiões, disseram que as relações sexuais entre raparigas e professores são muito comuns. Estas relações foram descritas como coercivas, porque os professores prometem boas notas ou outros benefícios em troca de sexo. Uma participante na faixa de 15 à 17 anos de idade, em Quelimane, fez a seguinte declaração:

"Outras raparigas daqui, mesmo nesta escola, saem com os professores. Eles até dizem: "Se você quer passar de ano, você tem que sair com ele." Então, por que passar o ano inteiro trabalhando duro para conseguir boas notas, se ele te reprovará no final do ano?... Esta escola está cheia de professores que se juntam aos seus alunos."

Embora muitas AMJ mencionaram parceiros sexuais que viviam nos seus bairros, elas também disseram que conheciam colegas com maridos ou namorados que viviam na África do Sul ou noutras regiões de Moçambique. Por exemplo, motoristas de caminhão ou motoristas de ônibus podem passar longos períodos longe dos distritos de suas parceiras. Algumas também observaram que algumas AMJ têm parceiros estrangeiros (da China, do Malawi ou do Zimbabué) que vivem em Moçambique.

Em todas as DGFs, as participantes comumente descreveram tanto as AMJ quanto seus parceiros sexuais masculinos como tendo relações com múltiplos parceiros, sejam eles casados ou solteiros. Um perfil específico de parceiros sexuais masculinos das AMJ definido por parceiros concorrentes não emergiu. Uma jovem em Quelimane, na categoria de 20 à 24 anos e grávida, em pós-parto e/ou lactando, descreveu as relações extraconjugais do marido: "O meu marido tem muitas mulheres. Cada mulher tem sua própria casa, e eles são como namorado e namorada."

### Como se caracterizam os parceiros sexuais masculinos das AMJ?

Oitenta e seis por cento (n = 981) dos homens entrevistados relataram ter feito sexo com uma AMJ, isto é, dentro dos 12 meses anteriores ao inquérito. Os homens que relataram sexo recente com uma AMJ tinham, em média, 27 anos de idade (gama de variação de 18 à 58 anos). Vinte e cinco por cento (25,1%) relataram viajar por mais de um mês durante o ano anterior e 11 por cento relataram viajar internacionalmente pelo menos uma vez no ano passado. Um quarto dos homens inquiridos tinham pelo menos algum ensino primário, um quarto tinham algum ensino secundário, um quarto tinha ensino

secundário completo e um quarto tinha pelo menos algum ensino superior. Um terço (31,7%) estava estudando no momento do inquérito. Oitenta e quatro por cento dos homens que relataram uma parceira sexual AMJ haviam trabalhado nos sete dias anteriores ao inquérito (90,5% durante os 12 meses anteriores). Respondentes relataram várias ocupações: um terço (31,3%) relatou trabalhar em vendas e serviços, 18,7% relatou fazer mão-de-obra especializada e 8% relatou fazer trabalho não especializado e trabalho profissional. Três quartos dos homens que relataram trabalho disseram que trabalharam durante todo o ano e quase todos relataram pagamento em efectivo. As rendas mensais relatadas variaram de zero a mais de 40.000 meticais por mês (US \$ 667), com 56,3 por cento dos homens relatando ganhar entre 1.000 e 9.999 meticais por mês (US \$ 16,67–166,65). Aproximadamente metade (50,9%) era casados ou coabitantes, e 38,1% dos respondentes não casados ou que coabitavam relataram ter uma namorada estável. Metade (50,1%) dos parceiros masculinos das AMJ relatou ter três ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses. Menos de 1% dos homens relataram ter tido sexo com homens nos últimos 12 meses ( $n = 9$ ). Mais de 40 por cento (41,4%) dos homens que relataram ter uma parceira AMJ relataram beber álcool a ponto de ter bebido muitas vezes (algumas vezes por semana) ou às vezes (algumas vezes por mês) (ver Tabela 2).

Em uma análise bivariada, os homens que relataram recentemente ter tido relações sexuais com uma AMJ eram mais jovens (27 anos vs. 43 anos,  $p < 0,001$ ), menos propensos a serem casados (50,9% vs. 82,0%,  $p < 0,001$ ), sem instrução (6,1% vs. 13,0%,  $p < 0,001$ ), e ter trabalhado nos 12 meses anteriores ao inquérito (90,5% vs. 99,6%,  $p < 0,01$ ), e mais propensos a estar estudando atualmente (31,7% vs. 12,2%,  $p < 0,001$ ) do que os homens que não relataram uma parceira sexual AMJ recente. Em uma análise multivariada, apenas a idade, ter uma parceira estável e a educação foram significativamente associados ao sexo recente com uma AMJ. Depois de controlar todos os outros dados demográficos (exceto profissão),<sup>4</sup> os homens mais jovens (razão de possibilidades ajustada [RPA]: 0,84,  $p < 0,001$ ) foram mais propensos a relatarem uma parceira sexual AMJ recente e homens com baixo nível educacional (menos que o primário) tinham menos probabilidade de relatarem uma parceira sexual AMJ recente (RPA: 0,37,  $p < 0,05$ ) (ver Tabela 2).

### Os perfis dos parceiros masculinos diferem entre os diferentes subgrupos das AMJ?

Fizemos análises para entender melhor o vínculo entre as características dos homens e de seus parceiros sexuais, particularmente para determinar se os homens que relataram sexo recente com uma adolescente que era mais jovem, e não frequenta a escola (mas em idade escolar) ou grávida/em pós-parto/lactando/mãe (subgrupos das AMJ definidos por PEPFAR/Iniciativa DREAMS ),<sup>5</sup> exibiram características específicas. Os dados da Tabela 3 destacam as características dos homens que relataram sexo com diferentes subgrupos das AMJ (menores de 20 anos, não frequentam escola, e mães/grávidas). As características das AMJ descritas foram relatadas por homens em referência à sua parceira sexual AMJ mais recente.

Os homens relatando que sua parceira sexual AMJ mais recente era mais jovem (ou seja, não mais de 19 anos de idade) em comparação com aqueles que relataram que sua parceira sexual mais jovem tinha de 20 à 24 anos de idade, eram mais propensos a serem jovens (23 anos versus 30 anos,  $p < 0,001$ ), estarem actualmente estudando (48,2% versus 23,2%,  $p < 0,001$ ), serem solteiros (74,1% vs. 34,5%,  $p < 0,001$ ), terem tido três ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses anterior ao inquérito (55,1% vs. 47,5%,  $p < 0,05$ ), e menos probabilidade de serem móveis internacionalmente (5,7% versus 13,9%,  $p < 0,001$ ) e de trabalhar (71,4% versus 90,7%,  $p < 0,001$ ). Na análise multivariada, os homens mais jovens (RPA: 0,82,  $p < 0,001$ ), os homens actualmente estudando (RPA: 1,92,  $p < 0,01$ ), e homens com apenas ensino

<sup>4</sup> Havia 14 categorias de respostas para "profissão" e as respostas variavam; assim, teria sido proibitivamente complexo incluir a profissão na análise.

<sup>5</sup> Vale notar que o subgrupo de interesse para o PEPFAR são as AMJ que estão grávidas/em pós-parto ou lactando. Incluímos "mãe" no último subgrupo, pois havia um número insuficiente de relatos de parcerias sexuais com mulheres grávidas/ em pós-parto e lactantes para uma análise significativa.

fundamental (em comparação com o mais alto nível de escolaridade) (RPA: 1,85,  $p < 0,05$ ) eram mais propensos a terem parceiros jovens, após controlar a mobilidade, viagens ao exterior do país e status do emprego.

Os homens cuja parceira sexual AMJ mais recente era de idade escolar (19 anos ou menos), mas não frequentava a escola no momento do inquérito, em comparação com aqueles que relataram uma parceira sexual que estava em idade escolar e na escola, eram mais propensos a deslocarem-se (39,8% versus 23,6%,  $p < 0,001$ ), menos prováveis de estarem actualmente estudando (26,5% versus 56,6%,  $p < 0,001$ ), e usando um conceito relacionado, terem completado o ensino secundário e terciário (15,7% versus 26,5%,  $p < 0,05$  e 6,0% versus 21,5%,  $p < 0,01$ , respectivamente). Além disso, os homens que relataram uma parceira de idade escolar, mas não frequentando a escola, estavam mais propensos a trabalhar (89,2% versus 78,5%,  $p < 0,05$ ) e menos propensos a serem solteiros (63,9% versus 78,5%,  $p < 0,01$ ), e terem tido três ou mais parceiros sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito (53,3% versus 60,2%,  $p < 0,05$ ). Da mesma forma, a análise multivariada controlado pelas variáveis demográficas masculinas mostrou que homens móveis (RPA: 3.1,  $p < 0.01$ ), homens com menos que o ensino secundário (comparado com o nível mais alto de educação; RPA: 4.8,  $p < 0.05$ ) tiveram maiores probabilidades de relatar uma parceira sexual AMJ em idade escolar que não frequenta a escola; enquanto aqueles que actualmente estudam têm chances mais baixas (RPA: 0,49,  $p < 0,05$ ) de relatar uma parceira AMJ que não frequenta a escola.

Os homens que informaram que a sua parceira sexual AMJ mais recente estava grávida ou era mãe, em comparação com os que relataram uma parceira sexual que não estava grávida ou era mãe, eram mais velhos (29,5 versus 25,9 anos,  $p < 0,001$ ), mais prováveis a serem solteiros (24,8% vs. 64,0%,  $p < 0,001$ ), menos propensos a estarem actualmente a estudar (18,5% versus 40,7%,  $p < 0,001$ ), e a terem tido três ou mais parceiros sexuais nos últimos doze meses (45,8% vs. 52,8%,  $p < 0,05$ ) e tinham maior probabilidade de terem trabalhado nos sete dias anteriores ao inquérito (92,3% versus 78,1%,  $p < 0,001$ ). Na análise multivariada, vimos que os homens casados (em comparação aos homens solteiros, RPA: 7,06,  $p < 0,01$ ) tiveram uma probabilidade significativamente maior de relatar uma parceira AMJ que está grávida ou era mãe, enquanto os homens que estão actualmente estudando tiveram menos probabilidade de relatar uma parceira AMJ que está grávida ou era mãe (0,59,  $p < 0,01$ ).

## O comportamento de risco sexual entre as AMJ e seus parceiros está associado a certas características do parceiro sexual?

Avaliamos se o uso do preservativo na sua última relação sexual e o uso consistente de preservativos estavam associados a certas características do parceiro sexual. Uso consistente de preservativos foi definido como "sempre" usando preservativos. Sessenta por cento (60,3%) dos homens relataram o uso do preservativo na sua última relação sexual e 41% relataram o uso consistente (isto é, sempre) de preservativos. Na Tabela 4, apresentamos dados sobre o comportamento do uso do preservativo, conforme relatado pelos homens, de acordo com as características de sua parceira sexual AMJ mais recente.

Os homens que relataram que a sua parceira sexual AMJ mais recente tinha menos de 20 anos de idade, comparados com aqueles que relataram parceiras sexuais AMJ com idade de 20 à 24 anos, eram mais propensos a relatarem o uso do preservativo na sua última relação sexual (64,8% versus 58,1%,  $p < 0,05$ ) e uso consistente do preservativo (51,9% versus 35,6%,  $p < 0,001$ ). Da mesma forma, os homens que relataram que sua parceira sexual AMJ mais recente estava trabalhando, em comparação com aqueles que relataram uma parceira sexual AMJ desempregada tinham mais probabilidade de relatar o uso do preservativo na sua última relação sexual (66,8% versus 58,2%,  $p < 0,05$ ); no entanto, não detectamos uma diferença no uso consistente do preservativo entre estes grupos. Os homens que relataram que a sua parceira sexual AMJ mais recente era mãe e/ou grávida eram menos propensos a relatarem o uso do

preservativo na sua última relação sexual, comparados com aqueles que relataram fazerem sexo com as AMJ que não eram mães ou grávidas na época (45,8% versus 69,7%,  $p < 0,001$ ) e menor probabilidade de relatarem uso consistente do preservativo (24,7% versus 52,1%,  $p < 0,001$ ). Os homens relatando que sua parceira sexual AMJ mais recente tinha idade escolar, mas não frequentava a escola ou frequentava a escola primária, eram menos propensos a relatarem uso do preservativo na sua última relação sexual e uso consistente do preservativo em comparação com homens relatando que sua parceira sexual AMJ mais recente frequentava escola secundária ou terciária.

As participantes das DGFs disseram que a determinação de usar ou não o preservativo era quase sempre feita pelo parceiro masculino, independentemente da idade, educação, emprego ou renda.

### O tipo de relacionamento afecta os comportamentos sexuais de risco?

Os dados do inquérito indicam que o comportamento de risco, conforme definido aqui como o uso do preservativo na última relação sexual e uso consistente de preservativos, varia de acordo com o tipo de relacionamento. Na Tabela 5, apresentamos dados relatados pelos homens sobre o comportamento de risco pelo tipo de relacionamento que eles tiveram com a sua parceira sexual AMJ mais recente. Os homens foram mais propensos a relatarem o uso do preservativo na sua última relação sexual com parceiras sexuais AMJ que acabaram de conhecer (79,5%), e as AMJ a quem eles relataram terem dado dinheiro para sexo (67,5%), em comparação com suas esposas (24,2%,  $p < 0,01$ ). Os homens cujas parceiras AMJ não eram suas esposas também tiveram uma probabilidade significativamente maior do uso consistente de preservativos, por exemplo, homens cujas parceiras AMJ eram parceiras regulares (mas não coabitavam com elas) tinham cinco vezes mais chances de sempre usar o preservativo (RPA: 5,13),  $p < 0,001$ . Os homens cujas parceiras AMJ eram profissionais do sexo tinham 15 vezes mais chances (RPA: 15,59,  $p < 0,05$ ) de sempre usar o preservativo em comparação aos homens que eram casados ou moravam com suas parceiras AMJ.

As mulheres casadas concordaram que o uso do preservativo com seus maridos é raro. Algumas raparigas mais jovens em cada região disseram que o uso de preservativos é mais comum entre os namorados em sua faixa etária e que elas mesmas usam preservativos. As participantes mais jovens do Xai-Xai disseram que os homens mais jovens (frequentemente os seus namorados sérios) eram muito mais abertos à ideia de usar preservativos e muito melhor informados. Uma adolescente que não frequenta a escola na faixa de 18 à 19 anos disse: "... na escola há sempre palestras [sobre preservativos] .... Então, eles [homens de sua idade] prestam atenção."

### O comportamento sexual de risco está associado a desequilíbrios de poder nos relacionamentos?

As participantes das DGFs concordaram que os homens (independentemente da idade e do status socioeconómico) têm mais poder e autoridade para decidir se fazem sexo. As participantes também mencionaram homens usando coerção física para fazer sexo. Uma rapariga que não frequenta a escola na Beira (de idade 18 à 19 anos) disse: "[Os homens decidem], dão-lhe a data e a hora também! No horário que seja conveniente a ele, é assim que é. Alguns usam força. Se você disser não, eles começarão a fazer sexo com você à força"

Essa dinâmica desigual de poder foi repetida em muitos comentários de participantes que descreveram homens mais velhos pressionando as AMJ para fazerem sexo com promessas de bens materiais e casamento, e alegando que assumiriam a responsabilidade em caso da gravidez. Algumas AMJ consideraram esta estratégia como um truque para convencer as AMJ a fazerem sexo.

Participantes do estudo de todas as idades descreveram factores económicos como razões que influenciam suas decisões de praticar o sexo, especialmente com homens mais velhos e casados. As AMJ mais velhas (de 18 à 24 anos) reconheceram que a escolha de parceiros sexuais masculinos, que possam fornecer apoio económico para mulheres e seus filhos, dá aos homens mais poder no relacionamento. Em Xai-Xai, uma mulher grávida/em pós-parto/lactando na faixa dos 20 aos 24 anos de idade disse: “São os homens [que decidem quando fazer sexo], porque financiam as mulheres; portanto, eles pensam que estão no poder, que podem fazer o que quiserem.”

As mulheres jovens interessadas em relacionamentos sérios descreveram como a promessa de bens materiais (um sinal de comprometimento) influenciou sua decisão de fazer sexo com um potencial parceiro. Uma adolescente que não frequenta a escola na faixa de 18 aos 19 anos em Xai-Xai disse que um homem ganhou sua confiança ao lhe dar um celular/smartphone:

“Sim, há aqueles homens que voltam da África do Sul e quando eles chegam aqui eles dizem para você, 'eu te amo, eu te amo... Você gosta de mim ou não?' Então, eu digo, 'eu gosto de você. Mas eu preciso de um homem que vai se casar comigo...' Ele diz: 'OK, eu aceito isso, vou me casar com você, aqui está um smartphone'. Quando... ele lhe dá o smartphone, você acredita no que ele diz. Então ele volta para a África do Sul... e ele para de ligar, porque ele não está interessado mais em mim. Sim, ele me deu esse telefone, mas depois ele foi embora e não me liga mais.”

As participantes das DGFs também observaram como os factores económicos afectam sua capacidade de negociar o uso do preservativo. Algumas participantes descreveram como os namorados mais velhos com recursos oferecem presentes para encorajar as AMJ a não usarem preservativos. Um grupo na faixa dos 15 aos 17 anos de idade em Xai-Xai descreveu a dimensão coerciva de não usar preservativos quando os homens, particularmente homens mais velhos, fazem sexo com raparigas mais novas e trocam bens materiais:

“Nós, raparigas... Temos sexo sem prevenção, nos esquecemos dos preservativos, só fazemos sexo do jeito que o homem quer, um homem que tem a idade de nossos pais, ou mesmo com rapazes da nossa idade... [e] eles podem ser infectados pelo HIV. Mas nós queremos os bens materiais que ele tem, nós não queremos amor, e nós nos apressamos em namorar com ele. Depois disto, fazemos sexo sem camisinha, não usamos métodos de prevenção. E então nós pegamos o HIV sem perceber e as raparigas morrem sem saber o que as está matando.”

As participantes mais velhas das DGFs, particularmente as mulheres casadas, descreveram o seu parceiro como o “chefe” da casa, que decide quando fazer sexo e se usa ou não o preservativo. Uma mulher de 20 aos 24 anos em Quelimane disse sobre o seu marido: “Ele vai deixar-me em casa sofrendo e irá procurar outra mulher [se eu insistir em usar um preservativo] ... vou ofendê-lo [se eu insistir em usar um preservativo] porque ele está no comando. Os homens de hoje não querem ser mandados.”

Em que medida os parceiros sexuais masculinos das AMJ usam/estão dispostos a usar diferentes tipos de serviços de HIV e SIDA?

Os participantes relataram altas taxas de testagem do HIV - 82,8% relataram terem sido testados alguma vez para o HIV, e mais de 99% deles receberam os resultados. As razões mais comumente citadas para não fazerem o teste do HIV (entre os que não foram testados) incluíam o seguinte: não querer saber o status do HIV (22,5%), preocupação de que os resultados não fossem mantidos confidenciais (15%) e preocupação de que alguém iria vê-los no local do teste (13,8%). Veja a Tabela 6.

A Tabela 7 documenta as diferenças nas características entre homens que relataram terem feito o teste e aqueles que não fizeram o teste. Os homens que relataram o teste do HIV têm maior probabilidade de

estarem actualmente estudando (34,2% vs. 23,8%,  $p < 0,05$ ), terem completado mais educação ( $p < 0,001$ ), a serem pagos em efectivo por seu trabalho (99,6% vs. 97,3 %,  $p < 0,01$ ) e terem a tendência a receber rendas mais altas ( $p < 0,1$ ) em comparação com os homens que não relataram terem obtido o teste do HIV. Na análise multivariada, a educação e o recebimento de pagamento em efectivo estão significativamente relacionados a testagem. Depois de controlar por outros factores demográficos, os homens com educação primária, ou menos, têm menos probabilidade de serem testados do que aqueles com o nível mais alto de educação. Os homens que recebem renda total ou parcialmente em efectivo são mais propensos a fazerem testes em comparação com aqueles que não são pagos em efectivo, após o controlo de outros factores demográficos.

Cerca de três quartos dos homens entrevistados ( $n = 746$ ; 76%) disseram ter sido circuncidados (dados não mostrado na tabela). A Tabela 8 descreve os relatos dos participantes sobre o seu estado de circuncisão e, entre aqueles não circuncidados, o interesse na circuncisão pelas características demográficas. Homens que relataram ser circuncidados são mais jovens (27 anos vs. 28 anos,  $p < 0,05$ ), mais propensos a estarem actualmente estudando (36,2% vs. 17,5%,  $p < 0,001$ ), completaram mais estudos ( $p < 0,001$ ), terem maiores rendimentos ( $p < 0,001$ ), são mais propensos a serem solteiros (51,1% vs. 37,9%,  $p < 0,01$ ), e são mais propensos a terem três ou mais parceiros sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito (52,4% versus 42,6%,  $p < 0,01$ ), em comparação com os não circuncidados. Na análise multivariada, apenas a educação foi correlacionada com a circuncisão: homens com educação primária, ou menos, têm menor probabilidade de serem circuncidados em comparação com aqueles com o nível mais alto de escolaridade.

Quase 9 em 10 (88,1%) homens não circuncidados relataram interesse na circuncisão.<sup>6</sup> Os homens não circuncidados interessados em serem circuncidados são mais jovens (27 anos vs. 35 anos,  $p < 0,001$ ), mais propensos a terem viajado longe de casa por mais de 1 mês nos 12 meses anteriores ao inquérito (28,5% vs. 10,7%,  $p < 0,05$ ), e mais propensos a terem alguma educação secundária (29,5% vs. 7,1%,  $p < 0,05$ ), em comparação aos homens não circuncidados e que não estão interessados em serem circuncidados. Os homens em categorias de renda mais alta são menos propensos a relatarem interesse na circuncisão ( $p < 0,05$ ). Na análise multivariada, apenas a idade mais jovem se correlaciona com o interesse na circuncisão.

### Quais factores afectam a disposição dos homens a usarem os serviços de saúde?

As preferências dos homens com relação ao uso de serviços de saúde estão documentadas na Tabela 9. A maioria dos homens relatou que o local preferido de testagem para HIV é o hospital público (91,4%), com 8,6% citando os Serviços Amigos do Adolescente e Jovem (SAAJs), que são as clínicas de saúde para adolescentes, e 3% citando o seu local de trabalho como seu local de testagem preferido. O inquérito indagou especificamente sobre o interesse de testagem nos locais de trabalho. 84,7 por cento dos homens indicaram um interesse, embora poucos tenham mencionado que seja seu local preferido para testagem.

Os homens foram convidados a descrever suas preferências sobre quando acessar os serviços. O horário de maior pontuação foi domingo à noite (67,3% indicaram este como um bom momento); no entanto, a maioria dos entrevistados indicou que as manhãs e as tardes do final de semana são horários convenientes para o acesso aos serviços de HIV.

---

<sup>6</sup> Dos 981 homens entrevistados, 235 não circuncidados (981-746), e 207 destes 235 homens (207/235, ou 88%) manifestaram interesse na circuncisão.

## DISCUSSÃO

A prevenção, testagem e tratamento do HIV entre as AMJ é fundamental para conter a epidemia do HIV na África Subsaariana, incluindo Moçambique. Até o momento, os esforços de prevenção entre os adolescentes têm tido muito menos sucesso do que com outros grupos. Uma estratégia para reduzir a incidência do HIV entre as AMJ é proporcionar aos seus parceiros sexuais masculinos programas de prevenção (para parceiros sexuais seronegativos) e cuidados e tratamento (para parceiros sexuais seropositivos). Uma melhor compreensão das características dos parceiros sexuais masculinos das AMJ e a dinâmica de risco em vários tipos de parcerias sexuais podem informar a programação. Nosso estudo contribui para a base de evidências, caracterizando os parceiros masculinos das AMJ em Moçambique.

### **A caracterização dos parceiros sexuais masculinos das AMJ**

Os participantes dos grupos focais nos três distritos do estudo e grupos demográficos descreveram uma diversidade de parceiros sexuais masculinos: jovens e idosos, ricos e pobres, empregados e desempregados, instruídos e sem instrução, casados e solteiros, circuncidados e não circuncidados. Elas descreveram: ter namorados (casuais e sérios), maridos que moram com elas e aqueles que estão longe, e relações sexuais casuais com outros homens. Nenhum perfil específico de parceiros sexuais masculinos das AMJ surgiu a partir dos dados qualitativos. No entanto, as participantes dos grupos focais expressaram uma forte preferência por homens que pudessem oferecer segurança econômica e material para elas e para quaisquer crianças, e para homens que assumissem a responsabilidade pela gravidez.

As DGFs com raparigas de idade escolar descreveram um grupo de homens - professores da escola - como parceiros sexuais das AMJ. Esta não é uma nova descoberta pois já foi documentada anteriormente em outros contextos da África Subsaariana (por exemplo, Dedy, 2010; Burton & Leoschut, 2013; Nyanzi et al., 2000; Mpangile, Leshabari, Kihwele, 1993). O sexo comumente relatado com professores de escolas ressalta a importância de ter como alvo professores do sexo masculino, especialmente nas escolas secundárias, com mensagens e intervenções de prevenção do HIV. Esta questão é particularmente crucial porque muitas pesquisas anteriores enfatizaram que prevenir que as AMJ abandonem a escola protege-as contra o HIV (De Neve, Fink, Subramanian, Moyo, & Bor, 2015; Bärnighausen, Hosegood, Timaeus & Newell, 2007; Fylkesnes, et al., 2001; Hargreaves, et al., 2008).

Os resultados dos dados do inquérito demonstram que os parceiros sexuais masculinos das AMJ podem ser caracterizados como jovens (menos de 30 anos), moderadamente móveis e empregados. Os parceiros sexuais masculinos das AMJ variam de maneira acentuada em termos de realização educacional (ligada à idade) e estado civil.

Em geral, descobrimos que os parceiros do sexo masculino das AMJ relataram altos níveis de comportamento de risco (por exemplo, múltiplos parceiros sexuais, baixo uso de preservativos e alto consumo de álcool). Metade dos parceiros sexuais masculinos das AMJ relatou três ou mais parcerias sexuais femininas nos últimos 12 meses. Além disto, embora 60% dos homens tenham relatado o uso de preservativos durante a última relação sexual, apenas 41% relataram uso consistente (ou seja, sempre) de preservativos. Mais de 40 por cento (41,4%) dos homens que relataram terem uma parceira AMJ relataram beber álcool a ponto de ficarem bêbados regularmente.

A USAID, através da Iniciativa DREAMS em Moçambique, delineou vários subgrupos das AMJ com risco particular de adquirir o HIV: as AMJ mais jovens, que não frequentam a escola e as grávidas/em pós-parto/lactando. Exploramos as ligações entre as características demográficas dos homens e se sua

parceira sexual AMJ mais recente se enquadra em qualquer um destes subgrupos,<sup>7</sup> usando dados do inquérito. Os homens que informaram que sua parceira mais recente AMJ é mais jovem (19 anos ou menos) provavelmente serão mais jovens, e estarão actualmente estudando. Os homens que declararam parceiras sexuais que não frequentam à escola caracterizam-se por maior mobilidade, menor escolaridade e por serem viúvos ou divorciados. Com referência ao terceiro subgrupo, os homens móbéis e casados tiveram uma probabilidade significativamente maior de relatar uma parceira AMJ que está grávida ou é mãe.

## **Associações entre o Comportamento do Uso de Preservativos e Características da Parceira Sexual**

Concentrando-se nas características da parceira sexual AMJ mais recente dos participantes do inquérito, o uso de preservativos foi mais comumente relatado em parcerias sexuais com AMJ mais jovens do que com as mais velhas (com idades de 20 à 24 anos). Além disso, o uso de preservativos dentro de parcerias sexuais com as AMJ que não frequentam a escola, bem como aquelas com baixo nível de escolaridade, foi menos frequentemente relatado do que dentro de parcerias sexuais com as AMJ que frequentam a escola ou com maior nível educacional. Um estudo conduzido por Patrão e McIntyre (2017) em Moçambique relatou resultados semelhantes sobre a correlação entre a educação das AMJ e a auto-eficácia do uso de preservativos. Finalmente, o uso do preservativo na sua última relação sexual foi menos comumente relatado em relações sexuais com mães/mulheres grávidas, do que em relacionamentos com as AMJ que não estavam grávidas/ou eram mães. Esse achado é provavelmente conectado ao tipo de relacionamento - quando as mães e as mulheres grávidas são mais propensas a serem esposas ou parceiras coabitantes.

Os comportamentos de risco também estão associados ao tipo de relacionamento. As AMJ observaram que o uso de preservativos é mais comum com namorados de sua idade do que com namorados mais velhos, estes sendo muitas vezes casados. Igualmente, os homens que relataram sua parceria sexual mais recente com uma AMJ sendo casual ou transactional, eram mais propensos a relatarem o uso de preservativos nesta parceria, do que aqueles que relataram relacionamentos a longo prazo. Nossas descobertas reflectem algumas pesquisas qualitativas realizadas em Moçambique. Por exemplo, o trabalho de Bandalí com casais descobriu que o uso do preservativo era difícil de negociar no contexto do casamento, das normas de gênero e do medo de adquirir o HIV (Bandalí, 2011). Também descobrimos que o uso de preservativos entre homens que são casados com as AMJ é baixo.

As participantes dos grupos focais disseram que o uso do preservativo (e até a decisão de fazer sexo) é geralmente determinado pelos seus parceiros masculinos e que a sua capacidade de negociar o sexo seguro é extremamente limitada. Esta narrativa não é nova, na parte sul da África (Hendricks, Swartz, & Bhana, 2010; Mfecane, 2008; Morrell, 2007). As AMJ têm menos poder para negociar o uso de preservativos em relacionamentos no qual o parceiro masculino fornece dinheiro ou outros benefícios à elas ou suas famílias.

## **O Aumento na Utilização, As Preferências e As Barreiras aos Serviços do HIV**

Apesar de relatar altos níveis de comportamentos de risco, os participantes também relataram taxas extremamente altas de testagem de HIV: 82,8% relataram que alguma vez foram testados para o HIV. Esta percentagem é significativamente maior do que foi descoberta pelas pesquisas nacionais

---

<sup>7</sup> Incluímos “mãe” no último subgrupo porque havia um número insuficiente de relatos de parcerias sexuais com mulheres grávidas/em pós-parto e mulheres lactando para uma análise significativa.

representativas (MISAU, et al., 2015).<sup>8</sup> Esta descoberta pode demonstrar um progresso inicial nos distritos da Iniciativa DREAMS: possivelmente, o aumento na utilização de testagem do HIV seja devido à intervenção sustentada, e/ou isto pode indicar um viés de desejabilidade social. Ou seja, os homens responderam que eles haviam se submetido à testes porque achavam que era isto que os entrevistadores queriam ouvir.

Cerca de três quartos da amostra (76%) relataram serem circuncidados. Mais uma vez, esse percentual é muito maior do que as taxas encontradas em inquéritos nacionais.<sup>9</sup> Dos que não foram circuncidados, a maioria relatou interesse na circuncisão.

A maioria dos entrevistados indicou que seu local preferido para acessar os serviços relacionados ao HIV é um hospital público, embora, quando questionados, quase 85% indicaram que estão abertos a testagem do HIV no local de trabalho. Os homens indicaram que os finais de semana eram o dias mais convenientes para eles terem acesso aos serviços do HIV.

As barreiras à testagem estão relacionadas ao estigma e à discriminação. Os homens relataram não querer saber seu status e preocupações sobre confidencialidade e privacidade. Este último factor, preocupações sobre confidencialidade e privacidade no sector de saúde, foi relatado por outros como uma barreira para a testagem do HIV em Moçambique (Audet, et al., 2012). As barreiras à testagem no local de trabalho descritas pelos entrevistados do inquérito, como a confidencialidade e a privacidade, ecoam a literatura mais ampla (por exemplo, Weihs & Meyer-Weitz, 2016).

---

<sup>8</sup> A proporção de homens com idades de 15 à 49 anos, que relataram um teste de HIV nos últimos 12 meses e receberam os resultados deste teste, varia entre 15,9% e 31,8% nas províncias do estudo, de acordo com a pesquisa do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA): ver Tabela 1.

<sup>9</sup> A proporção de homens com idades de 15 à 49 anos que relatam serem circuncidados varia entre 20,1% e 47,6% nas províncias do estudo, conforme a pesquisa IMASIDA: ver Tabela 1.

## RECOMENDAÇÕES

Esta pesquisa pode informar a programação futura. Com base em nossas descobertas, recomendamos as seguintes estratégias de programação:

Para alcançar parceiros sexuais das AMJ, **os programas de HIV devem ter como alvo homens mais jovens** (com menos de 30 anos), encorajando-os a usar preservativos consistentemente com namoradas, esposas e parceiros casuais, e fazer o teste do HIV e discutir o seu status do HIV com os suas parceiras. Recomendamos também **incentivar campanhas para a mudança de comportamento direcionadas aos homens de todas as idades e características**, com mensagens positivas sobre a importância da fidelidade com suas parceiras.

**A programação de prevenção e testagem do HIV na escola** foi pesquisada e demonstrou ser eficaz na melhoria do conhecimento e atitudes em torno do HIV e aumento de testagem do HIV (Michielsen, et al., 2010; Harrison, Newell, Imrie e Hoddinott, 2010; Napierala, Doyle). & Ross, 2011, Galante & Maticka-Tyndale, 2004; Paul-Ebhohimhen, Poobalan, & van Teijlingen, 2008). Esta programação pode ser uma estratégia eficaz para alcançar os parceiros sexuais masculinos das AMJ, em idade escolar, com mensagens sobre o uso de preservativos, número limitado de parceiros sexuais, testagem de HIV, circuncisão masculina voluntária, bem como um mecanismo para sensibilizar igualmente à tantos rapazes e raparigas sobre temas de gênero. Recomendamos a extensão da programação de prevenção e testagem do HIV na escola para incluir professores e outros administradores escolares, bem como os pais. Também recomendamos que discussões sobre o assédio e abuso sexual escolar se realizem dentro das comunidades escolares como parte destes currículos.

**A programação de prevenção do HIV deve ser priorizada com urgência para os professores do ensino secundário.** Os professores devem ser adequadamente treinados e selecionados, e uma ampla campanha de informação deve ser realizada nas escolas para desencorajar os professores de se envolverem em relacionamentos sexuais com os alunos. Mecanismos devem ser criados por meio de autoridades escolares e governamentais para punir professores por fazerem sexo com estudantes, especialmente menores de idade. Recomendamos que os Ministérios da Saúde, Educação e Justiça trabalhem em estreita colaboração para desenvolver um plano para combater o sexo e o assédio sexual entre professores e alunos em nível nacional, abordando prevenção, apoio e proteção, e investigação e justiça. Este plano pode ser alocado em distritos específicos, incluindo o desenvolvimento de forças-tarefa locais para responder a casos de assédio e abuso sexual e outras relações sexuais entre professores e alunos. Encorajamos o **uso de mecanismos de denúncia anônima ou protegida**, como a *Linha Fala Criança* - uma linha de apoio já existente em Moçambique para crianças vítimas de abuso - através da qual os alunos podem denunciar o assédio e abuso sexual em suas escolas. Os casos relatados via *Linha Fala Criança* e outros canais de denúncias poderiam ser abordados por meio dos órgãos independentes descritos acima.

O aumento do uso do preservativo e a testagem do HIV estão positivamente associados à educação (quem está actualmente estudando e à níveis mais altos de educação). Por esta razão, preservativos e testagem do HIV precisam ser promovidos entre homens que são menos instruídos ou não frequentam a escola. Para alcançar jovens quem não frequentam a escola e homens além da idade escolar, e reduzir a vulnerabilidade das AMJ, especialmente aquelas que são casadas ou estão em um relacionamento sério, recomendamos encorajar a **expansão de serviços integrados de planeamento familiar/HIV para jovens, dentro e fora das instalações de saúde**. Moçambique já tem sectores favoráveis aos jovens nas instalações de saúde, referidas como *Serviço Amigo do Adolescente e Jovem*, ou SAAJs. Existem evidências que as clínicas podem se tornar “mais amigáveis” para os jovens por meio de treinamento do pessoal clínico e pequenas transformações na infraestrutura dos serviços (Dick, et al., 2006) e que os jovens podem ser

atendidos de melhor maneira pelos serviços de planeamento familiar/HIV fora da unidade de saúde (Denno, Chandra-Mouli, & Osman, 2012). Esforços específicos devem ser feitos para atrair clientes do sexo masculino, que são muito menos propensos a participar de serviços de saúde sexual e HIV do que as mulheres (Cornell & McIntyre, 2011).

Os dados também indicam que iniciativas de testagem nos locais de trabalho podem ser populares se questões de confidencialidade e privacidade puderem ser superadas. Recomendamos a **realização experimental de testagem e campanhas para a mudança de comportamento nos locais de trabalho**, particularmente nos sectores que empregam homens com menos escolaridade, por exemplo, a mineração e a pesca, com a intenção adicional de abordar a cultura do machismo que nega o poder as mulheres. A testagem nos locais de trabalho, embora não seja sem seus desafios, mostrou-se eficaz em outros contextos (por exemplo, Corbett, et al., 2006).

Os homens eram menos propensos a relatar o uso de preservativos com as AMJ mais velhas, esposas/parceiras, e AMJ que sejam mães, grávidas e/ou em pós-parto (estes subgrupos provavelmente estão todos relacionados). Os programas devem **aumentar a disponibilidade e a promoção de preservativos em clínicas infantis/locais de vacinação de rotina e clínicas pré-natais**. Os programas também devem educar os homens sobre a importância do uso de preservativos com seus parceiros.

#### **Enfocar a programação de prevenção do HIV direcionada às AMJ também é fundamental.**

Recomendamos treinamentos na escola e na comunidade sobre as habilidades de autoeficácia/empoderamento/planeamento de vida, aplicando currículos baseados em evidências. O kit de ferramentas Go Girls (<https://www.k4health.org/toolkits/go-girls>) está sendo amplamente promovido como um componente essencial para o empoderamento das AMJ relacionado ao HIV. Estes treinamentos devem apoiar a AMJ na redução do risco de contrair HIV, através da construção de habilidades na negociação das relações sexuais e o uso de preservativos.

Além disto, embora não seja uma solução para mudar as normas generalizadas de gênero, recomendamos **melhorar a situação econômica das AMJ** para que elas não tenham que depender financeiramente de parceiros masculinos ou se sintam pressionadas a praticar o sexo por necessidade econômica. Esta estratégia oferece um meio importante de influenciar o desequilíbrio no poder que as AMJ vivenciam, ao iniciar relações sexuais com homens. Os grupos de poupança que visam as AMJ estão em curso em Moçambique. Recomendamos expandir estes grupos e criar transferências monetárias condicionais para que as AMJ sejam incentivadas à viabilizarem práticas sexuais seguras. As AMJ que estão grávidas e/ou são mães devem ser especificamente alvos destas iniciativas. Evidências demonstram que estas transferências são efectivas na redução da infecção pelo HIV, no comportamento sexual arriscado, e nas escolhas que as mulheres enfrentam em relação ao casamento e à fertilidade (Bastagli et al., 2016; Björkman-Nyqvist, Corno, de Walque e Svensson, 2013; Baird, Garfein, McIntosh, & Ozler, 2012). Tais iniciativas de protecção social devem procurar alcançar mulheres solteiras, grávidas/mães jovens sendo este grupo especialmente vulnerável.

Recomendamos ainda mais discussão e **programação conjunta entre os esforços de prevenção do HIV e programas de planeamento familiar para reduzir o casamento prematuro**, também parte da Estratégia Nacional de Moçambique para a Prevenção e Combate ao Casamento Prematuro (2015–2019). Dada a preponderância do sexo desprotegido entre os casais e a falta de poder para negociar o sexo dentro do casamento, recomendamos um melhor engajamento entre os esforços que visam reduzir o casamento prematuro e o planeamento familiar, e intervenções de testagem para HIV direcionadas à famílias e comunidades, para que as AMJ se casem mais tarde e estejam preparadas de melhor maneira para negociar o planeamento familiar e o uso de preservativos com seus maridos.

Por fim, reconhecemos que uma política verbal (oral) de PrEP ainda está em desenvolvimento pelo Governo de Moçambique. No entanto, defendemos fortemente a **integração da PrEP nas estratégias de prevenção do HIV**, devido à sua eficácia demonstrada na prevenção do HIV entre homens e mulheres (Murnane, et al., 2013). Esta estratégia de prevenção do HIV não se baseia em mudanças comportamentais à longo prazo de parceiros concorrentes ou no uso de preservativos; portanto, pode ter um impacto imediato na transmissão do HIV. A PrEP é uma ferramenta que as AMJ podem empregar agora para reduzir seus riscos em relacionamentos sexuais.

**Tabela 2. Características dos homens que relatam relações sexuais com as AMJ, segundo o status da parceira AMJ**

|  | Parceira AMJ<br>(n = 981) |             | Nenhuma parceira<br>AMJ (n = 159) |            |
|--|---------------------------|-------------|-----------------------------------|------------|
|  | n                         | anos        | n                                 | anos       |
| Idade (média [erro padrão]) ***                        |                           | 27.33 [.22] |                                   | 41.5 [.76] |
| Faixa etária   |                           | (18, 58)    |                                   | (26, 64)   |
|  | n                         | %           | n                                 | %          |
| <b>Mobilidade</b>                                      |                           |             |                                   |            |
| Viajou por mais de 1 mês nos últimos 12 meses          | 246                       | 25.08       | 30                                | 21.58      |
| Viajou fora de Moçambique nos últimos 12 meses†        | 109                       | 11.11       | 23                                | 16.55      |
| Estudando atualmente***                                | 311                       | 31.70       | 17                                | 12.23      |
| <b>Nível mais alto de ensino completo</b>              |                           |             |                                   |            |
| Ensino primário não concluído***                       | 60                        | 6.12        | 18                                | 12.95      |
| Ensino primário completo                               | 174                       | 17.74       | 24                                | 17.27      |
| Ensino secundário não concluído                        | 251                       | 25.59       | 29                                | 20.86      |
| Ensino secundário completo*                            | 256                       | 26.10       | 24                                | 17.27      |
| Completo mais que o ensino secundário                  | 240                       | 24.46       | 44                                | 31.65      |
| <b>Emprego</b>   |                           |             |                                   |            |
| Trabalhou nos últimos 7 dias†                          | 824                       | 84.00       | 131                               | 94.24      |
| Trabalhou nos últimos 12 meses**                       | 888                       | 90.52       | 137                               | 99.56      |
| <b>Trabalhou ao longo do ano ***</b>                   |                           |             |                                   |            |
| Sim  | 735                       | 74.92       | 129                               | 92.81      |
| Não  | 151                       | 15.39       | 8                                 | 5.76       |
| Faltou   | 95                        | 9.68        | 2                                 | 1.44       |
| <b>Renda</b>   |                           |             |                                   |            |
| <1,000   | 41                        | 4.18        | 4                                 | 2.88       |
| 1,000–4,999**  | 295                       | 30.07       | 21                                | 15.11      |
| 5,000–9,999  | 257                       | 26.20       | 36                                | 25.90      |
| 10,000–19,999  | 170                       | 17.33       | 31                                | 22.30      |
| 20,000–39,999*   | 78                        | 7.95        | 22                                | 15.83      |
| >40,000***   | 28                        | 2.85        | 17                                | 12.23      |
| Faltou   | 112                       | 11.42       | 8                                 | 5.76       |
| <b>Estado Civil</b>                                    |                           |             |                                   |            |
| Solteiro***  | 470                       | 47.91       | 10                                | 7.19       |
| Casado ou morando juntos***                            | 499                       | 50.87       | 114                               | 82.01      |
| Viúvo/Divorciado***                                    | 12                        | 1.22        | 15                                | 10.79      |
| Três ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses*** | 491                       | 50.05       | 39                                | 24.53      |
| Sexo com parceiro masculino nos últimos 12 meses       | 9                         | 0.92        |                                   |            |
| Tomou algum álcool nos últimos 3 meses <sup>1</sup>    | 713                       | 62.54       | --                                | --         |
| <b>Frequência de Embriaguez<sup>1</sup></b>            |                           |             |                                   |            |
| Várias vezes por semana                                | 87                        | 8.87        | --                                | --         |
| Algumas vezes ao mês                                   | 319                       | 32.52       | --                                | --         |
| Raramente  | 228                       | 23.24       | --                                | --         |
| Nunca  | 79                        | 8.05        | --                                | --         |
| Não se aplica  | 268                       | 27.32       | --                                | --         |

AMJ vs. não AMJ: † p<0.10; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001. <sup>1</sup>Esta pergunta foi feita apenas a homens que relataram uma parceira AMJ (n = 981).

**Tabela 3. Características dos homens que relatam relações sexuais com as AMJ, pelas características das AMJ<sup>†</sup>**

|   | Idade atual da AMJ |               |         | Frequenta escola (≤19 anos) |             |         | Grávida ou Mãe |             |         |
|---|--------------------|---------------|---------|-----------------------------|-------------|---------|----------------|-------------|---------|
|   | 13-19 (n=332)      | 20-25 (n=647) | Valor p | Sim (n=242)                 | Não (n=83)  | Valor p | Sim (n=395)    | Não (n=575) | Valor p |
| Idade (média [erro padrão])                         | 22.82 [.26]        | 29.66 [.27]   | ***     | 22.71 [.31]                 | 23.08 [.51] |         | 29.49 [.33]    | 25.87 [.29] | ****    |
| Faixa etária  | (18,52)            | (18,58)       |         | (18, 52)                    | (18, 47)    |         | (18, 58)       | (18, 56)    |         |
| <b>Mobilidade (%)</b>                               |                    |               |         |                             |             |         |                |             |         |
| Viajou por mais de 1 mês nos últimos 12 meses       | 27.41              | 23.96         |         | 23.55                       | 39.76       | **      | 26.33          | 24.70       |         |
| Viajou fora de Moçambique nos últimos 12 meses      | 5.72               | 13.91         | ***     | 5.79                        | 6.02        |         | 12.91          | 9.74        |         |
| Actualmente estudando (%)                           | 48.19              | 23.18         | ***     | 56.61                       | 26.51       | ***     | 18.48          | 40.70       | ***     |
| <b>Educação (%)</b>                                 |                    |               |         |                             |             |         |                |             |         |
| Ensino primário não concluído                       | 5.12               | 6.65          | ***     | 3.31                        | 10.84       | **      | 9.11           | 4.17        | **      |
| Ensino primário completo                            | 19.58              | 16.85         |         | 12.81                       | 39.76       | ***     | 21.52          | 15.30       | *       |
| Ensino secundário não concluído                     | 34.34              | 21.17         | ***     | 35.95                       | 27.71       |         | 23.80          | 26.61       |         |
| Ensino secundário completo                          | 23.49              | 27.36         |         | 26.45                       | 15.66       | *       | 22.28          | 29.22       | *       |
| Completo mais que o ensino secundário               | 17.47              | 27.98         | ***     | 21.49                       | 6.02        | **      | 23.29          | 24.70       |         |
| <b>Emprego (%)</b>                                  |                    |               |         |                             |             |         |                |             |         |
| Trabalhou nos últimos 7 dias                        | 71.39              | 90.73         | ***     | 66.12                       | 84.34       | **      | 92.66          | 78.09       | ***     |
| Trabalhou nos últimos 12 meses                      | 81.63              | 95.05         | ***     | 78.51                       | 89.16       | *       | 97.22          | 85.91       | ***     |
| <b>Trabalhou ao longo do ano (%)</b>                |                    |               |         |                             |             |         |                |             |         |
| Sim   | 62.95              | 81.14         | ***     | 58.26                       | 75.90       | **      | 84.30          | 68.87       | ***     |
| Não   | 18.37              | 13.76         |         | 19.83                       | 13.25       |         | 12.41          | 17.04       |         |
| Faltou  | 18.67              | 5.10          |         | 21.90                       | 10.84       |         | 3.29           | 14.09       |         |
| <b>Estado Civil (%)</b>                             |                    |               |         |                             |             |         |                |             |         |
| Solteira  | 74.10              | 34.47         | ***     | 78.51                       | 63.86       | **      | 24.81          | 64.00       | ***     |
| Casada ou morando juntos                            | 25.90              | 63.68         | ***     | 21.49                       | 36.14       | **      | 73.42          | 35.13       | ***     |
| Viúva/Divorciada                                    | 0.00               | 1.85          | *       | 0.00                        | 0.00        |         | 1.77           | 0.87        |         |
| Três ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses | 55.12              | 47.46         | *       | 53.31                       | 60.24       | *       | 45.82          | 52.83       | *       |

† p<0.10; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001; †Os valores p são baseados em estatísticas qui-quadrado da análise bivariada.

**Tabela 4. Comportamentos de risco dos homens, segundo as características demográficas das AMJ, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ<sup>1</sup>**

| Comportamento  | Idade atual          |                      |         | Emprego†          |                       |         | Grávida/mãe           |                                      |         | Educação                       |                                  |   |  |
|--|----------------------|----------------------|---------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------------------------------|---------|--------------------------------|----------------------------------|---|--|
|  | 13-19 anos (n = 332) | 20-25 anos (n = 646) | Valor p | Emprego (n = 226) | Sem Emprego (n = 750) | Valor p | Grávida/mãe (n = 395) | Não está Grávida/não é mãe (n = 575) | Valor p | Frequenta a primária (n = 104) | Frequenta a secundária (n = 524) | Frequenta nível mais alto de educação (n = 107) | De idade escolar mas não frequenta a escola (n = 82) |
| <b>Uso do preservativo durante à última relação sexual</b> |                      |                      |         |                   |                       |         |                       |                                      |         |                                |                                  |   |  |
| Sim (n = 591)  | 64.8                 | 58.1                 | *       | 66.8              | 58.2                  | *       | 45.8                  | 69.7                                 | ***     | 47.1**                         | 66.8***                          | 69.2*   | 54.2*  |
| Não (n = 388)  | 35.2                 | 41.9                 |         | 33.2              | 41.8                  |         | 54.2                  | 30.3                                 |         | 52.9                           | 33.2                             | 30.8  | 45.8   |
| <b>Frequência do uso de preservativos</b>                  |                      |                      |         |                   |                       |         |                       |                                      |         |                                |                                  |   |  |
| Sempre (n = 389)   | 51.9                 | 35.6                 | ***     | 41.4              | 41.1                  |         | 24.7                  | 52.1                                 | ***     | 29.8*                          | 47.8***                          | 43.7  | 26.2**   |
| Inconsistente (n = 557)                                    | 48.2                 | 64.3                 |         | 58.6              | 58.9                  |         | 75.3                  | 47.9                                 |         | 70.2                           | 52.1                             | 56.3  | 61.0   |

† p<0.10; \*p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\*p<0.001; <sup>1</sup>Os valores p são baseados em estatísticas qui-quadrado da análise bivariada.

**Tabela 5. Comportamentos masculinos de risco, por tipo de relacionamento com as AMJ, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ<sup>1</sup>**

| Comportamento  | Tipo de Relação             |                         |                              |                      |                 |                            |                          |   | Recebeu dinheiro por fazer sexo |               |         |
|--|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|---|---------------------------------|---------------|---------|
|  | Esposa/coabitante (n = 190) | Namorada fixa (n = 379) | Namorada ocasional (n = 120) | Ex-namorada (n = 17) | Amiga (n = 209) | Colega/ estudante (n = 12) | Recem conhecida (n = 44) | Trabalhadora Profissional do Sexo (n = 7) | Sim (n = 270)                   | Não (n = 708) | Valor p |
| <b>Uso do preservativo durante à última relação sexual</b> |                             |                         |                              |                      |                 |                            |                          |   |                                 |               |         |
| Sim (n = 591)  | 24.2***                     | 64.9*                   | 72.5*                        | 64.7                 | 71.9***         | 83.3                       | 79.5**                   | 85.7                                      | 67.5                            | 57.7          | **      |
| Não (n = 388)  | 75.8                        | 35.1                    | 27.5                         | 35.3                 | 28.1            | 16.7                       | 20.5                     | 14.3                                      | 32.5                            | 42.3          |         |
| <b>Frequência do uso de preservativos</b>                  |                             |                         |                              |                      |                 |                            |                          |   |                                 |               |         |
| Sempre (n = 389)   | 8.4***                      | 43.4                    | 55.2**                       | 41.2                 | 54.6***         | 58.3                       | 64.7**                   | 75.0                                      | 47.9                            | 38.6          | *       |
| Inconsistente (n = 557)                                    | 91.6                        | 56.7                    | 44.8                         | 58.9                 | 45.4            | 41.7                       | 35.3                     | 25  | 52.2                            | 61.4          |         |

† p<0.10; \*p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\*p<0.001; <sup>1</sup>Os valores p são baseados em estatísticas qui-quadrado da análise bivariada.

**Tabela 6. Testagem do HIV reportada e barreiras à testagem do HIV, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ**

|   | Total |       |
|---|-------|-------|
|   | n     | %     |
| <b>Testagem de HIV (N=981)</b>  |       |       |
| Fez teste de HIV e recebeu resultados                                 | 764   | 82.15 |
| Fez teste de HIV e não recebeu resultados                             | 6     | 0.65  |
| Nunca fez teste de HIV  | 160   | 17.2  |
| <b>Razão por não fazer o teste (N=160)</b>                            |       |       |
| Não sabe para onde ir   | 5     | 3.13  |
| Os testes são muito caros   | 1     | 0.63  |
| O local do teste é muito longe  | 4     | 2.50  |
| Estou preocupado que meus resultados não sejam mantidos confidenciais | 24    | 15.00 |
| Estou preocupado que alguém veja-me                                   | 22    | 13.75 |
| Não estou em risco de contrair o HIV                                  | 18    | 11.25 |
| Eu não quero saber do meu status                                      | 36    | 22.50 |
| A falta de tempo  | 33    | 3.36  |
| Medo de agulhas/resultados  | 14    | 1.43  |
| Não estou doente ou não tenho sinais de HIV                           | 9     | 0.92  |
| Nenhum interesse  | 9     | 0.92  |
| Não sei   | 8     | 5.00  |
| Nenhuma resposta  | 1     | 0.63  |

**Tabela 7. Aumento na utilização da testagem do HIV, por características masculinas, entre os que tiveram relações sexuais com as AMJ (n=981)<sup>1</sup>**

|  | Jamais fez teste do HIV        |                  |            |
|--|--------------------------------|------------------|------------|
|  | Sim<br>(n = 770) <sup>10</sup> | Não<br>(n = 160) | Valor<br>p |
| Idade (média [erro padrão])                              | 27.59 [.25]                    | 26.79 [.56]      |            |
| Faixa etária   | (18, 56)                       | (18, 54)         |            |
| <b>Mobilidade (%)</b>                                    |                                |                  |            |
| Viajou por mais de 1 mês nos últimos 12 meses            | 24.94                          | 21.25            |            |
| Viajou fora de Moçambique nos últimos 12 meses           | 12.21                          | 8.13             |            |
| Actualmente estudando (%)                                | 34.16                          | 23.75            | *          |
| <b>Educação (%)</b>                                      |                                |                  |            |
| Ensino primário não concluído                            | 4.42                           | 11.25            | ***        |
| Ensino primário completo                                 | 13.51                          | 29.38            | ***        |
| Ensino secundário não concluído                          | 24.94                          | 26.88            |            |
| Ensino secundário completo                               | 29.09                          | 18.13            | **         |
| Completo mais que o ensino secundário                    | 28.05                          | 14.38            | ***        |
| <b>Emprego (%)</b>                                       |                                |                  |            |
| Trabalhou nos últimos 7 dias                             | 84.16                          | 85.00            |            |
| Trabalhou nos últimos 12 meses                           | 90.52                          | 91.25            |            |
| <b>Trabalhou ao longo do ano (%)</b>                     |                                |                  |            |
| Sim  | 74.94                          | 75.63            |            |
| Não  | 15.32                          | 15.63            |            |
| Faltou   | 9.74                           | 8.75             |            |
| Recebeu renda totalmente ou parcialmente em efectivo (%) | 99.71                          | 97.26            | **         |
| <b>Renda (%)</b>   |                                |                  |            |
| <1,000   | 3.51                           | 5.63             |            |
| 1,000–4,999  | 27.40                          | 37.50            | *          |
| 5,000–9999   | 26.62                          | 25.00            |            |
| 10000–19,999   | 18.83                          | 14.38            |            |
| 20,000–39,999  | 8.96                           | 5.00             | †          |
| >40,000  | 3.51                           | 0.63             | †          |
| Faltou   | 11.17                          | 11.88            |            |
| <b>Estado Civil (%)</b>                                  |                                |                  |            |
| Solteiro   | 46.23                          | 53.75            | †          |
| Casado ou morando juntos                                 | 52.47                          | 45.63            |            |
| Viúvo/Divorciado   | 1.30                           | 0.63             |            |
| Três ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses      | 50.13                          | 50.63            |            |

† p<0.10; \*p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\*p<0.001; <sup>10</sup>Os valores p são baseados em estatísticas qui-quadrado da análise bivariada.

<sup>10</sup> Inclui seis participantes que não receberam seus resultados.

**Tabela 8. Status de circuncisão, por características masculinas, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ (n = 981)<sup>1</sup>**

|  | Circuncidado     |                  |         | Interessado em circuncisão |                 |         |
|--|------------------|------------------|---------|----------------------------|-----------------|---------|
|  | Sim<br>(n = 746) | Não<br>(n = 235) | Valor p | Sim<br>(n = 207)           | Não<br>(n = 28) | Valor p |
| Idade (média [erro padrão])                              | 27.04<br>[.25]   | 28.27<br>[.48]   | *       | 27.36<br>[.45]             | 35.00<br>[1.98] | ***     |
| Faixa etária   | (18, 58)         | (18, 54)         |         | (18, 54)                   | (18, 54)        |         |
| <b>Mobilidade (%)</b>                                    |                  |                  |         |                            |                 |         |
| Viajou por mas de 1 mês nos últimos 12 meses             | 24.66            | 26.38            |         | 28.50                      | 10.71           | *       |
| Viajou fora de Moçambique nos últimos 12 meses           | 11.93            | 8.51             |         | 8.21                       | 10.71           |         |
| Actualmente estudando (%)                                | 36.19            | 17.45            | ***     | 18.36                      | 10.71           |         |
| <b>Educação (%)</b>                                      |                  |                  |         |                            |                 |         |
| Ensino primário não concluído                            | 3.89             | 13.19            | ***     | 10.63                      | 32.14           | **      |
| Ensino primário completo                                 | 13.54            | 31.06            | ***     | 31.88                      | 25.00           |         |
| Ensino secundário não concluído                          | 25.20            | 26.81            |         | 29.47                      | 7.14            | *       |
| Ensino secundário completo                               | 29.36            | 15.74            | ***     | 15.46                      | 17.86           |         |
| Completo mais que o ensino secundário                    | 28.02            | 13.19            | ***     | 12.56                      | 17.86           |         |
| <b>Emprego (%)</b>                                       |                  |                  |         |                            |                 |         |
| Trabalhou nos últimos 7 dias                             | 82.98            | 87.23            |         | 86.47                      | 92.86           |         |
| Trabalhou nos últimos 12 meses                           | 89.54            | 93.62            | †       | 92.75                      | 100.00          |         |
| <b>Trabalhou ao longo do ano (%)</b>                     |                  |                  |         |                            |                 |         |
| Sim  | 73.46            | 79.57            | †       | 78.74                      | 85.71           |         |
| Não  | 15.82            | 14.04            |         | 14.01                      | 14.29           |         |
| Faltou   | 10.72            | 6.38             |         | 7.25                       | 0.00            |         |
| Recebeu renda totalmente ou parcialmente em efectivo (%) | 99.25            | 98.64            |         | 98.44                      | 100.00          |         |
| <b>Renda</b>   |                  |                  |         |                            |                 |         |
| <1,000   | 3.89             | 5.11             |         | 5.31                       | 3.57            |         |
| 1,000–4,999  | 28.28            | 35.74            | *       | 34.78                      | 42.86           |         |
| 5,000–9,999  | 23.46            | 34.89            | **      | 34.78                      | 35.71           |         |
| 10,000–19,999  | 18.90            | 12.34            | *       | 13.04                      | 7.14            |         |
| 20,000–39,999  | 9.65             | 2.55             | ***     | 1.45                       | 10.71           | **      |
| >40,000  | 3.49             | 0.85             | *       | 0.97                       | 0.00            |         |
| Faltou   | 12.33            | 8.51             |         | 9.66                       | 0.00            | †       |
| <b>Estado Civil (%)</b>                                  |                  |                  |         |                            |                 |         |
| Solteiro   | 51.07            | 37.87            | ***     | 39.61                      | 25.00           |         |
| Casado ou morando juntos                                 | 47.99            | 60.00            | **      | 57.97                      | 75.00           | †       |
| Viúvo/Divorciado   | 0.94             | 2.13             |         | 2.42                       | 0.00            |         |
| Três ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses      | 52.41            | 42.55            | **      | 42.03                      | 46.03           |         |

† p<0.10; \*p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\*p<0.001; <sup>1</sup>Os valores p são baseados em estatísticas qui-quadrado da análise bivariada.

**Tabela 9. Preferências de serviços de saúde, entre aqueles que tiveram relações sexuais com as AMJ (n = 981)<sup>1</sup>**

|  |       | Total |       |
|--|-------|-------|-------|
|  |       | n     | %     |
| <b>Local de testagem preferido (até 2 respostas possíveis)</b>                               |       |       |       |
| Hospital público   |       | 897   | 91.44 |
| Hospital particular  |       | 122   | 12.44 |
| SAAJ   |       | 84    | 8.56  |
| Clínica móvel  |       | 35    | 3.57  |
| Farmácia   |       | 33    | 3.36  |
| Local de trabalho  |       | 29    | 2.96  |
| Em Domicílio   |       | 57    | 5.81  |
| Outros   |       | 35    | 3.57  |
| Sem preferência  |       | 24    | 2.45  |
| Interesados em testagem de HIV no local de trabalho  |       | 827   | 84.73 |
| <b>Razão de menor interesse à testagem no local de trabalho</b>                              |       |       |       |
| Tem outra localização preferida  |       | 27    | 18.49 |
| Não quer serviços de saúde no trabalho   |       | 45    | 30.82 |
| Não confia que os resultados fossem mantidos em segredo                                      |       | 74    | 50.68 |
| <b>Local preferido para a circuncisão (até 2 respostas possíveis)</b>                        |       |       |       |
| Hospital público   |       | 212   | 90.21 |
| Hospital particular  |       | 25    | 10.64 |
| SAAJ/ATS   |       | 15    | 6.38  |
| Curador/provedor tradicional   |       | 2     | 0.85  |
| Outros   |       | 18    | 7.66  |
| Não sabe/Não respondeu   |       | 8     | 3.41  |
| <b>Dia e horário preferido para ir ao centro de saúde (respondentes disseram sim ou não)</b> |       |       |       |
| Domingo  | manhã | 249   | 59.00 |
|  | tarde | 104   | 24.64 |
|  | noite | 284   | 67.30 |
| Segunda-feira  | manhã | 208   | 63.61 |
|  | tarde | 74    | 22.63 |
|  | noite | 133   | 40.67 |
| Terça-feira  | manhã | 162   | 56.84 |
|  | tarde | 68    | 23.86 |
|  | noite | 135   | 47.37 |
| Quarta-feira   | manhã | 196   | 60.68 |
|  | tarde | 64    | 19.81 |
|  | noite | 137   | 42.41 |
| Quinta-feira   | manhã | 171   | 61.51 |
|  | tarde | 67    | 24.10 |
|  | noite | 124   | 44.60 |
| Sexta-feira  | manhã | 169   | 54.52 |
|  | tarde | 78    | 25.16 |
|  | noite | 158   | 50.97 |
| Sabado   | manhã | 286   | 63.56 |
|  | tarde | 96    | 21.33 |
|  | noite | 261   | 58.00 |

## REFERÊNCIAS

- Audet, C. M., Groh, K., Moon, T. D., Vermund, S. H., & Sidat, M. (2012). Serviços de saúde de baixa qualidade e falta de apoio ao programa levam a pouco aumento na utilização de testagem do HIV nas zonas rurais de Moçambique. *African Journal of AIDS Research (Revista Africana de Pesquisa sobre a SIDA)*, 11(4), 327–335. Obtido de: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2989/16085906.2012.754832?needAccess=true>.
- Auld, A. F., Agolory, S. G., Shiraishi, R. W., Wabwire-Mangen, F., Kwesigabo, G., Mulenga, M., ... Ellerbrock, T. V. (2014). Características e resultados de inscrições na terapia antiretroviral de adolescentes e adultos jovens infectados pelo HIV em comparação aos adultos mais velhos - sete países africanos, 2004–2013. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report (Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade MMWR)*, 63, 1097-1103.
- Baird, S. J., Garfein, R. S., McIntosh, C. T., & Ozler, B. (2012). Efeito de um programa de transferência de renda para a educação, sobre a prevalência de HIV e herpes simplex tipo 2 no Malawi: um ensaio aleatório de agrupamento. *The Lancet*, 3729(9823), 1320–1329. Obtido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341825>.
- Bandali, S. (2011). Normas e práticas dentro do casamento que moldam os papéis de gênero, risco de HIV/SIDA e estratégias de redução de risco em Cabo Delgado, Moçambique. *AIDS Care (Os Cuidados de SIDA)*, 23(9), 1171–1176.
- Bärnighausen, T., Hosegood, V., Timaeus, I. M., & Newell, M. L. (2007). Os determinantes socioeconômicos da incidência do HIV: evidências de um estudo longitudinal de base populacional na área rural da África do Sul. *AIDS* 21 (7), S29–S38. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18040162>.
- Bastagli, F., Hagen-Zanker, J., Harman, L., Sturge, G., Barca, V., Schmidt, T., & Pellerano, L. (2016). *Transferências de dinheiro: o que as evidências dizem? Uma revisão rigorosa dos impactos e o papel dos recursos de desenho e implementação*. Londres, Reino Unido: Overseas Development Institute (Instituto de Desenvolvimento Estrangeiro). Obtido de <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/10747.pdf>.
- Björkman-Nyqvist, M., Corno, L., de Walque, D., & Svensson, J. (2013). Avaliação do impacto de incentivos financeiros de curto prazo sobre a incidência do HIV e ITS entre jovens no Lesoto: Um ensaio aleatório. *Sexually Transmitted Infections (Infecções Transmissíveis Sexualmente)*, 89(1). Obtido de [http://sti.bmj.com/content/89/Suppl\\_1/A325.1](http://sti.bmj.com/content/89/Suppl_1/A325.1).
- Brown, K., Williams, D. B., Kinchen, S., Saito, S., Radin, E., Patel, ... Barr, B.A.T. (2018). Situação do controle da epidemia do HIV entre raparigas adolescentes e mulheres jovens de 15 à 24 anos - sete países africanos, 2015–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report (Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade MMWR)*, 67(1), 29.
- Burton, P., & Leoschut, L. (2013). *Violência escolar na África do Sul: Resultados do Estudo Nacional de Violência Escolar*. Cidade do Cabo, África do Sul: Centro de Justiça e Prevenção do Crime. Obtido em <http://www.cjcp.org.za/uploads/2/7/8/4/27845461/monograph12-school-violence-in-south-africa.pdf>.
- Chapman, J., Treves-Kagan, S., Mandal, M., & Dinis, A. (2018). *Caracterização de parceiros sexuais masculinos de adolescentes e raparigas em Moçambique: Resultados de um inquérito de homens nos distritos de Xai-Xai, Beira e Quelimane*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation (Avaliação MEASURE), Universidade da Carolina do Norte.

- Corbett, E. L., Dauya, E., Matambo, R., Cheung, Y. B., Makamure, B., Bassett, M.T., ... Hayes, R.J. (2006). O aumento na utilização de aconselhamento e testagem do HIV nos locais de trabalho: Um ensaio aleatório de agrupamento no Zimbábue. *PLOS One*, 3(7): e238.
- Cornell, M., McIntyre, J., & Myer, L. (2011). Homens e a terapia antiretroviral na África: nosso ângulo morto. *Tropical Medicine and International Health (Medicina Tropical e Saúde Internacional)*, 16(7), 828–829. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749374>.
- De Neve, J.-W., Fink, G., Subramanian, S. V., Moyo, S. M., & Bor, J. (2015). Duração da escolaridade secundária e risco de infecção pelo HIV em Botsuana: Evidências de um experimento natural. *The Lancet Global Health (O Lancet Saúde Global)*, 3(8), e470–e477. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676715>.
- Dedy, S. (2010). *Análise Situacional de Orfãos e Crianças Vulneráveis (OCV) e O Levantamento de Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Alunos e Professores em ITS, HIV/SIDA e Gravidez Escolar*. Abidjan, Costa do Marfim: Ministério da Educação Nacional.
- Dellar, R. C., Dlamini, S., & Karim, Q.A. (2015). Raparigas e mulheres jovens: Populações-chave para o controle da epidemia do HIV. *Journal of the International AIDS Society (Jornal da Sociedade Internacional da SIDA)*, 18(2), 19408. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25724504>.
- Denison J., Banda H., Dennis A., Parker C., Nyambe N., Stalter R. M., ... McCarragher, D. R. (2015). “O céu é o limite”: Aderindo à terapia antiretroviral e ao autogerenciamento do HIV da perspectiva de adolescentes vivendo com HIV e seus adultos responsáveis. *Journal of the International AIDS Society (Jornal da Sociedade Internacional da SIDA)*, 18(1), 19358. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296051>.
- Denno, D. M., Chandra-Mouli, V., & Osman, M. (2012). Alcançando jovens com serviços de saúde reprodutiva e HIV fora de instalações: uma revisão sistemática. *Journal of Adolescent Health (Jornal da Saúde Adolescente)*, 51(2), 106–121. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22824440>.
- Dick, B., Ferguson, J., Chandra-Mouli, V., Brabin, L., Chatterjee, S., & Ross, D. A. (2006). Revisão das evidências sobre intervenções para aumentar o uso de serviços de saúde pelos jovens de países em desenvolvimento. *Série de Relatórios Técnicos da Organização Mundial da Saúde*, (938), 151-204, discussion 317–341. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16921920>.
- Do Nascimento, N., Costa A., & Chapman, J. (2018). *Caracterização dos parceiros sexuais masculinos das adolescentes e raparigas em Moçambique: Resultados das discussões nos grupos focais nos distritos de Xai-Xai, Beira e Quelimane*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation (Avaliação MEASURE), Universidade da Carolina do Norte.
- Fylkesnes, K., Musonda, R. M., Sichone, M., Ndhlovu, Z., Tembo, F., & Monze, M. (2001). Declínio da prevalência do HIV e comportamentos de risco na Zâmbia: Evidências de inquéritos de vigilância e de população. *AIDS*, 15(7), 907–916. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11399963>.
- Gallant, M., & Maticka-Tyndale, E. (2004). Programas escolares de prevenção do HIV para jovens africanos. *Social Science and Medicine*, 58(7), 1337–1351. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14759680>.
- Gorgen, R., Yansane, M. L., Marx, M., & Millimounou, D. (1998). Comportamento e atitudes sexuais entre jovens urbanos solteiros na Guiné. *International Family Planning Perspectives (Perspectivas Internacionais do Planejamento Familiar)*, 24(2), 65–71. Obtido de [https://www.jstor.org/stable/2991927?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2991927?seq=1#page_scan_tab_contents).

- Hargreaves, J. R., Morison, L. A., Kim, J. C., Bonell, C. P., Porter, J. D., Watts, C., & Pronyk, P. M. (2008). A associação entre frequência escolar, infecção por HIV e comportamento sexual entre jovens na área rural da África do Sul. *Journal of Epidemiology and Community Health (Jornal de Epidemiologia e Saúde Comunitária)*, 62(2), 113–119. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18192598>.
- Harrison A., Newell, M. L., Imrie, J., & Hoddinott, G. (2010). Prevenção do HIV para jovens sul-africanos: Quais intervenções funcionam? Uma revisão sistemática das evidências atuais. *BMC Public Health (BMC Saúde Pública)*, 10, 102. Obtido de <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-102>.
- Hendricks, L., Swartz, S., & Bhana, A. (2010). Por que os jovens na África do Sul planejam se tornar pais adolescentes: Implicações para o desenvolvimento de masculinidades em contextos de pobreza. *Journal of Psychology in Africa (Jornal de Psicologia na África)*, 20(4), 527–536. Obtido de <http://www.sharleneswartz.com/wp-content/uploads/2016/07/17-Hendricks-et-al-2010-Young-fathers-on-purpose.pdf>.
- Idele, P., Gillespie, A., Porth, T., Suzuki, C., Mahy, M., Kasedde, S., & Luo, C. (2014). Epidemiologia do HIV e da SIDA entre adolescentes: situação atual, desigualdades e lacunas de dados. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (Jornal das Síndromes de Imunodeficiência Adquirida)*, 66 Supplement 2, S144–S153.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA, UNAIDS). (2017). *Slides principais de epidemiologia*. Genebra, Suíça: UNAIDS. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_2017\\_core-epidemiology-slides\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_2017_core-epidemiology-slides_en.pdf).
- Karim, Q. A., Baxter, C., & Birx, D. (2017). A prevenção do HIV em raparigas e mulheres jovens: A chave para uma geração livre de SIDA. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (Jornal das Síndromes de Imunodeficiência Adquirida)*, 75, S17–S26.
- Lamb M. R., Fayorsey R., Nuwagaba-Biribonwoha H., Viola V., Mutabazi V., Alwar T., ... Elul B. (2014). Atrito elevado antes e depois do início da TAR entre jovens (15–24 anos de idade) matriculados em cuidados do HIV. *AIDS*, 28, 559–68.
- Martins-Fonteyn, E., Loquiha, O., Baltazar, C., Thapa, S., Boothe, M., Raimundo, I., ... Wouters, E. (2017). Factores que influenciam o comportamento sexual de risco entre os mineiros moçambicanos: Uma contribuição socioepidemiológica para o quadro de prevenção do HIV em Moçambique. *International Journal for Equity in Health (Jornal Internacional para Equidade em Saúde)*, 16, 179.
- Meekers, D., & Calves, A.-E. (1999). Diferenças de gênero nos riscos da atividade sexual e saúde reprodutiva dos adolescentes em Camarões. *African Journal of Reproductive Health (Revista Africana de Saúde Reprodutiva)*, 3(2), 51–67. Obtido de [http://www.jstor.org/stable/3583361?origin=crossref&seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/3583361?origin=crossref&seq=1#page_scan_tab_contents).
- Mfecane, S. (2008). Vivendo com o HIV como um homem: Implicações para a masculinidade. *Psychology in Society (Psicologia na sociedade)*, 36, 45-59. Obtido de [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1015-60462008000100004](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1015-60462008000100004).
- Michielsen, K., Chersich, M. F., Luchters, S., De Koker, P., Van Rossem, R., & Temmerman, M. (2010). Eficácia da prevenção do HIV com jovens na África Subsaariana: revisão sistemática e meta-análise de estudos aleatórios e não aleatórios. *AIDS*, 24(8), 1193–1202. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20375876>.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Análise de dados qualitativos: um livro de recursos expandido*. Thousand Oaks, California, USA: Sage Publishing. Obtido de <https://us.sagepub.com/en-us/nam/qualitative-data-analysis/book239534>.

- Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), & ICF International (2015). *Inquérito de 2015 Indicadores de imunização, malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015: Relatório de indicadores básicos (IMASIDA)*. Maputo, Mozambique & Rockville, Maryland, USA: INS, INE, & ICF International. Obtido de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR75/PR75.pdf>.
- Morrell, R. (2007). Você quer ser pai? Estudantes nas escolas de Durban na virada do século XXI. Em Shefer, T., Ratele, K., Strebel, A., Shabalala, N., & Buikema, R. (Eds.), *De meninos a homens: Construções sociais de masculinidade na sociedade contemporânea* (pp. 75–92). Cidade do Cabo, África do Sul: Imprensa UCT.
- Mpangile, G. S., Leshabari, M. T., & Kihwele, D. J. (1993). Factores associados ao aborto induzido em hospitais públicos em Dar es Salaam, Tanzânia. *Reproductive Health Matters (Questões de saúde reprodutiva)*, 1(2), 21–31. Obtido de [https://www.jstor.org/stable/3775006?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3775006?seq=1#page_scan_tab_contents).
- Murnane, P. M., Celum, C., Mugo, N., Campbell, J. D., Donnell, D., Bukusi, E., ... Baeden, J. M. (2013). Eficácia da profilaxia pré-exposição para a prevenção do HIV-1 entre heterossexuais de alto risco: análises de subgrupos de um ensaio aleatório. *AIDS*, 27(13), 2155–2160. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24384592>.
- Napierala, M. S. M., Doyle, A. M., & Ross, D. A. (2011). Prevenção do HIV em jovens na África Subsaariana: uma revisão sistemática. *Journal of Adolescent Health (Jornal da Saúde Adolescente)*, 49(6), 568–586. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22098767>.
- Nnko, S., & Pool, R. (1997). Discurso sexual no contexto da SIDA: temas dominantes sobre a sexualidade adolescente entre alunos do ensino fundamental no distrito de Magu, Tanzânia. *Health Transition Review (Revisão de Transições em Saúde)*, 7(3), 85–90. Obtido de <https://www.popline.org/node/274507>.
- Nyanzi, S., Pool, R., & Kinsman, J. (2000). A negociação de relações sexuais entre alunos da escola no sudoeste do Uganda. *AIDS Care (Cuidados da SIDA)*, 13(1), 83–98. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177467>.
- Patrão A. L., & McIntyre T. M. (2017). Factores sociodemográficos, conjugais e psicossociais associados à autoeficácia na negociação do uso do preservativo entre mulheres moçambicanas em risco de infecção pelo HIV. *International Journal of Behavioral Medicine (Jornal Internacional de Medicina Comportamental)*, 24(6), 846–855.
- Paul-Ebhohimhen, V. A., Poobalan, A., & van Teijlingen, E. R. (2008). Uma revisão sistemática de intervenções de saúde sexual baseadas nas escolas para prevenir ITS/HIV na África Subsaariana. *BMC Public Health (BMC Saúde Pública)*, 8, 4. Obtido de <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-4>.
- Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2005). *Métodos qualitativos em saúde pública: Um guia de campo para pesquisa em saúde pública*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- United States President's Emergency Fund for AIDS Relief (PEPFAR) (2016). *Trabalhando juntos para um futuro livre de SIDA para raparigas e mulheres*. Obtido de <http://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/dreams/>.
- Weih, M., & Meyer-Weitz, A. (2016). Barreiras a testagem do HIV nos locais de trabalho na África do Sul: uma revisão sistemática da literatura. *AIDS Care (Cuidados da SIDA)*, 28(4), 495–499.



**MEASURE** Evaluation  
University of North Carolina at Chapel Hill  
123 West Franklin Street, Suite 330  
Chapel Hill, North Carolina 27516  
Phone: +1 919-445-9350  
measure@unc.edu  
[www.measureevaluation.org](http://www.measureevaluation.org)

Esta publicação foi produzida com o apoio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), sob os termos do acordo de cooperação da MEASURE Evaluation AID/OAA-L-14-00004. MEASURE Evaluation é implementada pelo Centro Populacional da Carolina, da Universidade de Carolina do Norte em Chapel Hill, em parceria com ICF International; John Snow, Inc; Ciências de Gestão para Saúde; e da Universidade de Tulane. As opiniões expressas nesta apresentação não refletem necessariamente os pontos de vista da USAID nem do governo dos Estados Unidos. TR-18-259 PT

ISBN: 978-1-64232-036-7

