

GT-109



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

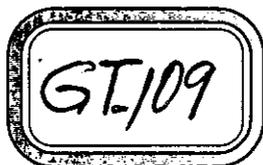
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

Avaliação da relação espacial de localização das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA na cidade de Maputo: Estudo de caso dos distritos Municipais 1 e 2

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em **Geografia** da Universidade Eduardo Mondlane

CÉLIO RAFAEL VILICHANE

Maputo, Agosto de 2005



Avaliação da relação espacial de localização das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA na cidade de Maputo: Estudo de caso dos distritos Municipais 1 e 2

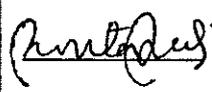
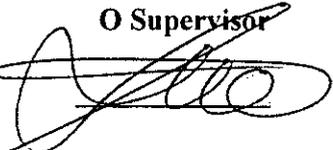
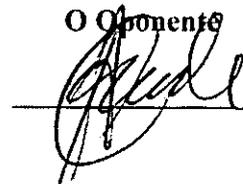
Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Geografia da Universidade Eduardo Mondlane

CÉLIO RAFAEL VILICHANE

Departamento de Geografia
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane

Supervisora: **dra. XIMENA ANDRADE**

Maputo, Agosto de 2005

O Júri:			Data
O Presidente	O Supervisor	O Oponente	
			25/10/05

U.E.M. - F.L.C.S.
R. E. 30587
DATA 02.11.2005
AQUISIÇÃO 02.11.2005
COTA 57-109

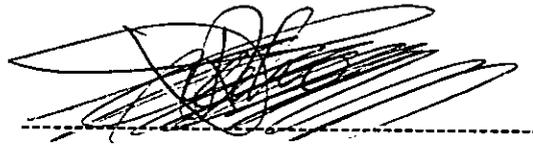
Índice

Conteúdo	Págs
Declaração.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	v
Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Gráficos.....	vi
Lista de Esquemas.....	vi
Resumo.....	vii
CAPÍTULO I.....	1
1. Aspectos introdutórios.....	1
1.1 Problema e justificação de estudo.....	2
1.2 Objectivos.....	4
1.3 Pressupostos.....	4
1.4 Metodologia.....	5
1.4.1 Trabalho de campo.....	5
1.4.2 Determinação do tamanho da amostra.....	7
1.4.3 Análise de dados.....	10
1.4.4 Termos e conceitos seleccionados.....	11
1.5 Revisão da literatura.....	13
CAPÍTULO II.....	19
2. Caracterização da área de estudo.....	19
2.1 Localização geográfica.....	19
2.2 Aspectos demográficos e sócio-económicos.....	19
2.3 Área de estudo seleccionada.....	20

CAPÍTULO III	22
3. Resultados e discussão	22
3.1 Localização das barbearias e salões de cabeleireiros e suas características.....	22
3.2 Características das barbearias e salões de cabeleireiros.....	24
3.3 Caracterização das barbearias e salões de cabeleireiros quanto aos métodos de prevenção do HIV/SIDA.....	26
3.4 Características dos usuários das barbearias e salões de cabeleireiros.....	29
3.5 Classificação das barbearias e salões de cabeleireiros segundo as formas de prevenção do HIV/SIDA.....	31
3.6 Avaliação do risco de contaminação do HIV/SIDA em relação a distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros.....	35
4. Considerações finais.....	40
5. Referências bibliográficas.....	42
6. Anexos	

Declaração de Honra

Declaro por minha honra que esta dissertação nunca foi apresentada na sua essência, para a obtenção de qualquer grau, e que ela constitui o fruto de uma investigação pessoal, estando indicadas as fontes e a bibliografia por mim consultada.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above a horizontal dashed line.

(Célio Rafael Vilichane)

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, Saíbo Vilichane (em memória), Maria Júlia Rafael, ao meu tio Issá Vilichane (em memória), aos meus irmãos, primos, a família Vilichane, Namurro e a minha namorada (Vina).

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar à DEUS e aos meus pais por me terem dado a oportunidade de viver até este glorioso e decisivo momento da minha vida.

À minha supervisora dra. Ximena Andrade, pela sua paciência, motivação e inteira disponibilidade de tempo que sempre reservou, a sua maneira incansável com que orientou este trabalho, desde o momento da concepção do projecto até ao relatório final, vão os meus sinceros e incomensuráveis agradecimentos.

Agradeço igualmente ao Prof. Doutor Hipólito Roque Cano e o Dr. Alfredo Mac Arthur pelas valiosas contribuições, esclarecimentos, ensinamentos, sobretudo pela disponibilidade que sempre mostraram para que este trabalho fosse de facto uma realidade.

Aos meus avôs Rafael Namurro e Fátima Ajama vem do fundo do meu coração melhores agradecimentos pelo amor, carinho, dedicação e muita motivação que sempre souberam me dar em momentos de alegria como em momentos de tristeza.

Aos meus maninhos Dino, Chumia, Iqbal, Chamú, Vilichane, Berna e Daudinho, pelo amor, carinho, força e coragem que me tem dado até então, vão os meus enormes votos de agradecimentos.

Aos meus tios, primos, e sobrinhos ficam os meus agradecimentos por terem confiado e acreditado em mim nesta magnífica tarefa.

Aos meus melhores amigos e colegas do curso, especialmente, ao Sérgio Sumila, Betuel Canhanga, José Bondd, Tolbert Chipire, grande Charles, Da Silva, Nguema, Mana Velha (Olinda Namburete), Ester Ribeiro, Cesária Eldourada, Adelina Simão, Joana Zamba,

Beatriz Severino, Mcavala, Suaze, Chaúque, Carlos Foquiço e os demais não mencionados nesta página, pelos momentos agradáveis e desagradáveis passados na infância como na Faculdade.

Agradecer ainda a todo pessoal do 9º Piso da Residência Universitária nº 8, em especial ao Gaspar Matusse (meu Padrinho), António Lagres, Cecínio Sardinha, Gilberto Portado, Narciso Valoi, Paulo Brito e Egídio Vaz, pelos agasalhos em momentos de muito *stress*.

À minha namorada (Vina), por ter acreditado em mim, pela coragem paciência, compreensão, e um oceano de amor demonstrado ao longo desta derradeira caminhada, vão os meus sinceros e melhores agradecimentos vindo do fundo do coração.

Finalmente, quero deixar o meu muito obrigado à todos vocês que não foram mencionados nesta página, mas que a vossa directa e indirecta contribuição ficou no fundo do meu coração.

O meu muitíssimo obrigado!

Lista de Abreviaturas

BM	Banco Mundial
CEA	Centro de Estudos Africanos
CEP	Centro de Estudos da População
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
DM	Distrito Municipal
DINAGECA	Direcção Nacional de Geografia e Cadástros
FANAE	Federacion Nacional de Asociaciones Estadísticas
FLCS	Faculdade de Letras e Ciências Sociais
GIS	Sistema de Informação Geográfica
GPS	Sistema de Posicionamento Global
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/SIDA
OMS	Organização Mundial da Saúde
SARDC	Centro de Documentação e Pesquisa da África Austral
IIRGPH	II Recenseamento Geral da População e Habitação

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número e respectiva percentagem de alunos inquiridos.....	Pág 8
Tabela 2- Barbearias e Salões de Cabeleireiros Licenciadas por distrito Municipal	Pág 9
Tabela 3- Distribuição da População por sexo segundo bairros.....	Pág 21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Percentagem de salões de cabeleireiros que fazem <i>tauagens</i> e <i>piercings</i>	Pág 24
Gráfico 2- População inquirida por bairro.....	Pág 30
Gráfico 3- Percentagem de salões segundo nível de risco.....	Pág 35

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1- Número de salões de cabeleireiros e barbearias visitadas.....	Pág 9
Esquema 2- Percentagem de salões que usam esterilizadores.....	Pág 37

ANEXO A- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO (DADOS)

- Questionário 1- Guião de entrevistas aos Barbeiros e Cabeleireiros
- Questionário 2- Inquérito Sobre o risco de contaminação do HIV/SIDA através das barberias e Salões de Cabeleireiros
- Modelo de Colecta de dados- Modelo de localização espacial das barbearias e salões de cabeleireiros através do GPS.

ANEXO B- MAPAS

- Mapa 1- Localização geográfica da área de estudo
- Mapa 2- Distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros nos distritos municipais
- Mapa 3- Distribuição espacial de salões de cabeleireiros segundo tipo
- Mapa 4- Distribuição espacial de salões de cabeleireiros segundo nível de risco
- Mapa 5- Distribuição espacial de barbearias segundo nível de risco

Resumo

O presente trabalho de licenciatura intitulado, "Avaliação da relação espacial de localização das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA na Cidade de Maputo: Estudo de caso dos distritos municipais 1 e 2", se enquadra no ramo da Geografia Social; procura proporcionar informação sobre o risco de contaminação do vírus de SIDA através dos instrumentos cortantes usados nas barbearias e salões de cabeleireiros.

Este trabalho tem como objectivo central, observar a relação entre a localização espacial das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA. Para tal, foi necessário identificar a localização espacial das barbearias e salões de cabeleireiros, descrever as características dos salões de cabeleireiros e barbearias quanto aos métodos de prevenção do vírus de SIDA, classificar as barbearias e salões de cabeleireiros segundo as formas de prevenção do HIV/SIDA, e analisar a relação da distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA.

A recolha de informação baseou-se fundamentalmente nos métodos qualitativos e quantitativos na base de entrevistas semi-estruturadas a 207 barbeiros e cabeleireiros acompanhadas de observação directa, entrevistas estruturadas-inquérito aplicado aos jovens de 15-24 anos de idade e estudantes do 2º ciclo das escolas secundárias com uma amostra de 327 e entrevistas a dois informadores chave.

Os resultados mostram que os salões de cabeleireiros com baixo risco de contaminação do vírus de SIDA, encontram-se distribuídos ao longo do distrito municipal nº 1, enquanto que, os salões com alto risco encontram-se distribuídos com maiores proporções ao longo dos bairros do distrito municipal 2. As barbearias de risco médio estão mais destacadas no distrito municipal nº 1 em relação ao distrito municipal nº2. Dos resultados chegou-se a conclusão que há uma grande proporção de salões de

cabeleireiros e barbearias que não usam o método de esterilização. Maior parte das barbearias e salões de cabeleireiros têm usado como método de prevenção do vírus de SIDA a desinfecção. Porém, este método não tem sido usado adequadamente pelos barbeiros e cabeleireiros, principalmente os do distrito municipal 2. Esta situação é que faz com que se corra maior risco de contaminação do HIV/SIDA através das barbearias e salões de cabeleireiros.

CAPÍTULO I

1. Aspectos introdutórios

O relatório da ONUSIDA (2004), indica que o total de infectados pelo HIV e SIDA à escala mundial, é de 39.4 milhões de pessoas, das quais se estima que 37.2 milhões sejam adultos e jovens. A África Subsaariana conta com quase 64% do total dos portadores no mundo, com aproximadamente cerca de 25.4% dos infectados.

A nível mundial, Moçambique continua entre os 10 países mais infectados pelo HIV, (MISAU, 2004). O crescimento dos níveis de infecção por HIV e por outras doenças transmissíveis sexualmente tem sido motivo de preocupação por parte das organizações nacionais e internacionais que trabalham na área de SIDA.

O primeiro caso de HIV/SIDA em Moçambique foi registado em 1986 em Cabo Delgado, Norte do país. Desde então, ano após ano o HIV/SIDA tem-se desenvolvido numa pandemia e num problema sério de saúde e desenvolvimento, (SARDC/IDASA, 2005).

O INE *et al* (2002), demonstra que a situação epidemiológica na região Centro de Moçambique é a que maior taxa ponderada de prevalência apresenta (16.7%), comparativamente a região Norte é a que menor taxa ponderada de prevalência (8.4%). A região Sul de Moçambique ocupa a 2ª posição com (14.8%). Entretanto, a Província de Maputo tem uma taxa de prevalência de (17.4%) enquanto a Cidade de Maputo conta com uma taxa de (17.3%), maior em relação às médias das três regiões.

Muitos autores como Jackson (2004), ONUSIDA (2002), Brooks (2000) e Muga (1997), têm apontado as relações sexuais como a forma principal de transmissão de HIV/SIDA, a seguir a transmissão de mãe para filho, através de transfusões sanguíneas, e transmissão através dos instrumentos cortantes e perfurantes. Porém,

pouco se tem falado da última forma de transmissão o que carece de um aprofundamento e maior conhecimento em termos de risco, principalmente instrumentos cortantes, como os que têm sido usados nas barbearias e salões de cabeleireiros. Portanto, espera-se que os resultados do presente estudo possam ajudar sobretudo no processo de tomada de decisão das organizações de apoio assim como das instituições nacionais e/ou estrangeiras que intervêm em programas de HIV/SIDA no país.

1.1 Problema e justificação de estudo

Na cidade de Maputo, quer na cidade de caniço¹ como na cidade de cimento² regista-se a proliferação de barbearias e salões de cabeleireiros, que prestam serviços a população em geral e em particular aos jovens. Nestas barbearias e salões de cabeleireiros afluem jovens que podem ser seropositivos e seronegativos fazendo o uso das mesmas lâminas das máquinas utilizadas. Na tentativa de buscar um diferencial para marcar a idade ou a necessidade de se identificarem ou serem aceite pelo grupo de amigos os jovens fazem tatuagens, *piercings* e os cortes vulgarmente conhecidos por careca, escovinha e a barba. Neste acto, é comum os jovens sofrerem uma pequena lesão e/ou ferimento na pele com a lâmina da máquina ou agulha que possa estar eventualmente contaminada. Como métodos de prevenção ao vírus de SIDA algumas barbearias e salões de cabeleireiros usam os métodos de esterilização e desinfecção através de desinfectantes químicos (álcoois). O método de desinfecção usado por algumas barbearias e salões de cabeleireiros não tem sido adequado, visto que, dura menos tempo, facto que faz com que os usuários das barbearias e salões de cabeleireiros corram maior risco de contaminação do vírus de SIDA.

¹ Segundo Araújo (1999), refere-se que se trata de um espaço geográfico, onde "as casas são construídas com estacas (pau a pique) e cobertas com caniço (capim), podendo ser maticadas (barradas com argila) ou não.

² Para o mesmo autor é um "centro urbano composto por bairros organizados numa planta ortogonal nítida, de avenidas e ruas amplas, com edifícios de diversos pisos (o prédio mais alto da cidade de Maputo tem 33 andares), bairros de vivendas, comércio especializado, diversos e variados serviços e infra-estruturas sociais e de abastecimento e saneamento".

Portanto, Murray et al (1998), refere que quanto maior for o tempo de exposição do instrumento ao desinfectante (álcool), maior será a sua acção. Para Brooks et al (2000), o tempo mínimo para inactivar o HIV é de 10 minutos, a uma temperatura do ambiente. Porém, (Federacion Nacional de Asociaciones de Estadísticas -FANAE, 2001), acrescenta que em caso de instrumentos cortantes e perfurantes a desinfecção por métodos químicos, será submetendo o instrumento durante 30 minutos em soluções preparadas, como o álcool etílico (etanol) a 70% ou Glutaraldehido a 2%.

A escolha deste tema deve-se fundamentalmente ao facto de todas as campanhas de prevenção e combate ao HIV/SIDA centrarem-se principalmente na promoção e uso do preservativo e uma mudança de comportamento, sobretudo entre as pessoas com mais risco e mais susceptíveis de disseminarem o vírus; ignorando-se uma outra forma de transmissão, nomeadamente contaminação via instrumentos cortantes.

A escolha dos distritos municipais 1 e 2, dentro da cidade de Maputo, tem a ver com as seguintes situações: (i) pelo facto de apresentar a terceira (14.0%) e a primeira taxa (17.4%) de prevalência de HIV/SIDA da cidade respectivamente; (ii) com o intuito de se apresentar dois espaços sócio-económicos diferentes e; como forma de reduzir os custos e economizar o tempo uma vez que se trata de distritos municipais que se localizam próximos um do outro.

Contudo, este trabalho pretende preencher uma lacuna que existe nesta área pois, pouco ou nenhum estudo desta natureza já foi realizado. O estudo visa proporcionar informação sobre o risco de contaminação de HIV/SIDA que maior parte dos jovens correm. Assim, para este trabalho elaboraram-se as seguintes perguntas de partida:

- a) Qual é a localização das barbearias e salões de cabeleireiros?
- b) Que métodos os barbeiros e cabeleireiros usam para prevenir aos utentes e a eles próprios do HIV/SIDA?
- c) Quais são as barbearias e salões de cabeleireiros consideradas sem risco e quais são as que apresentam risco médio e alto de contaminação do HIV/SIDA?

d) Qual é a relação de localização das barbearias e salões de cabeleireiros, segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA?

Deste modo, o presente trabalho pretende responder a seguinte questão de partida: Até que ponto o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA se pode relacionar com a localização espacial das barbearias e salões de cabeleireiros?

1.2 Objectivos

Geral

O presente trabalho tem como objectivo geral: observar a relação espacial de localização das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA que os jovens estão expostos..

Específicos

- Identificar a localização das barbearias e salões de cabeleireiros;
- Descrever as características das barbearias e salões de cabeleireiros quanto aos métodos de prevenção e combate do HIV/SIDA;
- Classificar as barbearias e salões de cabeleireiros quanto aos métodos de prevenção do HIV ou quanto as normas de assepsia recomendadas;
- Analisar a distribuição espacial da localização das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA.

1.3 Pressupostos

- A localização e distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros está ligada com a função que cada distrito municipal e/ou bairro desempenha;
- O uso de esterilizadores e desinfectantes constitui único método de prevenção do vírus de SIDA, usado pelos barbeiros e cabeleireiros;

- Os salões de cabeleiros sem risco encontram-se concentrados ao longo de alguns bairros do distrito municipal nº 1, enquanto que, os salões de cabeleiros com alto risco se distribuem com proporções elevadas ao longo do distrito municipal nº 2.

1.4 Metodologia

O presente trabalho consistiu em três fases subsequentes: a elaboração do projecto, o trabalho de campo e análise de dados.

Elaboração do projecto

Numa primeira fase fez-se algumas consultas de dados secundários com o propósito de fundamentar e enquadrar conceitualmente o tema em estudo. Esta consistiu na consulta de algumas obras de carácter geral sobre o tema e outras relacionadas com temas específicos sobre a problemática do HIV/SIDA. Esta informação foi possível encontrar em algumas bibliotecas como: da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS), Centro de Estudos da População (CEP), Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), Núcleo de Combate ao HIV/SIDA da Cidade de Maputo, Ministério da Saúde (MISAU), PSI-JeitO, Faculdade de Medicina, Instituto Nacional de Estatística (INE), Banco Mundial (BM), Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), Centro de Estudos Africanos (CEA), em algumas organizações não governamentais que trabalham na área do HIV/SIDA, em algumas bibliotecas particulares, e em alguns sites da Internet.

1.4.1 Trabalho de campo

Depois da fase de elaboração do projecto, seguiu-se o trabalho de campo. Nesta fase foi feita a recolha de dados a partir de um inquérito aplicado ao grupo alvo, entrevistas semi-estruturadas aos barbeiros e cabeleiros e entrevistas a dois informadores chaves,

O grupo alvo do presente trabalho foi constituído por jovens de 15 aos 24 anos de idade, estudantes do 2º ciclo (11ª e 12ª classes) das escolas secundárias e residentes em dois distritos municipais (1 e 2), e aos barbeiros e cabeleireiros de ambos distritos municipais.

Como informadores-chave foi identificado, o Dr. Alfredo Mac Arthur³ e o Prof. Doutor Hipólito Roque Cano⁴. As entrevistas aos informadores chave, tinham como propósito clarificar alguns aspectos, conceitos ligados a medicina, dada a natureza do trabalho.

Os instrumentos de recolha de informação foram, entrevistas semi-estruturas aos barbeiros e cabeleireiros e observação directa, com intuito de saber e observar quais os métodos de prevenção do vírus de SIDA que tem usado. *“Este é um método eficiente para obter dados de uma maneira profunda e flexível, mesmo que os entrevistados não saibam ler ou escrever acompanhadas de observações simples de modo a obter a percepção real do comportamento e das interações entre pessoas dentro da comunidade”* (Pijnenburg e Cavane, 2000).

O inquérito aplicado aos jovens estudantes das escolas secundárias, tinha como objectivo, ter uma percepção real da experiência dos jovens em relação aos métodos de prevenção de HIV/SIDA que têm observado nas barbearias e salões de

cabeleireiros; saber as características dos jovens quanto ao sexo e idade. Foi usado o inquérito como forma de obter sistematicamente dados de variáveis de um grupo de inquiridos pois, este método permite uma comparação e agregação dos dados e em casos que é usada uma amostra representativa. Usou-se também o GPS (Sistema de Posicionamento Global), para a identificação exacta das barbearias e salões de cabeleireiros nos distritos em estudo.

³ Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis do Programa Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA do Ministério da Saúde.

⁴ Docente da Faculdade de Medicina na Universidade Eduardo Mondlane e Médico (Medicina Interna) afecto no Centro de Saúde Polana-Caniço, Maputo.

O trabalho de campo proposto realizou-se em 8 escolas de dois distritos municipais e durou cerca de 30 dias. A primeira fase consistiu num inquérito aplicado aos jovens estudantes do 2º ciclo das 8 escolas secundárias. A segunda fase foi de entrevistas semi-estruturas aos cabeleireiros e barbeiros.

1.4.2 Determinação do tamanho da amostra

Os factores que determinam a extensão de uma amostra são: o tamanho do universo (N) que pode ser finito e infinito, nível de confiança estabelecido, erro de estimação permitido pelos órgãos de controle de informação, proporção da característica pesquisada no universo, recursos financeiros e logísticos (Mulenga, 2000). Para o mesmo autor, nas pesquisas sociais não se aceita um erro maior que 6%. Neste tipo de investigações utiliza-se um erro de estimação entre $3\% \leq 5\%$.

De acordo com o Levantamento Estatístico 3 de Março de 2005 da Direcção da Educação e Cultura da Cidade de Maputo-Departamento de Planificação, indica que os distritos municipais (1 e 2) têm um total de 6 078 alunos do 2º ciclo do curso diurno. Assim, na base da amostragem estratificada proporcional foi determinado o tamanho da amostra mediante a fórmula (1):

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{\epsilon^2 * (N - 1) + z^2 * p * q} \quad (1)$$

onde:

n- Representa o tamanho de amostra geral;

z- Valor crítico obtido a partir de um nível de confiança para teste unilateral;

p- Proporção do fenómeno pesquisado na população, expressa em percentagem;

q- Proporção da característica não pesquisada na população;

e- Erro amostral de estimação;

N- Tamanho do universo

Sendo:

N= 6 078 alunos do 2º ciclo;

P=17.3% de prevalência de HIV/SIDA na Cidade de Maputo;

q= 83.7%;

Intervalo de confiança de (Y) =95% e valor de Z= 1.96

e= 4%

Deste modo, foi possível determinar o tamanho da amostra (n) que foi igual a 327 alunos. Em seguida calculou-se a taxa de amostragem (f) a partir da fórmula (2):

$$f = \frac{n}{N} \quad (2)$$

Calculada a taxa de amostragem que foi igual a (0.05), calcularam-se os tamanhos nos estratos. Os tamanhos nos estratos foram calculados a partir da multiplicação da taxa de amostragem pelo número de alunos em cada escola,

$$n_i = N * f$$

Escola Josina Machel; N₁= 1889 alunos; n₁= 1889*0.05=94 alunos. Para as restantes escolas o procedimento usado para o cálculo de alunos a inquirir foi o mesmo usado para Escola Josina Machel.

Tabela 1. Número e respectiva percentagem de alunos inquiridos

Nome das Escola	Número de alunos por escola	Número de alunos seleccionados	Percentagem de alunos sel
Josina Machel	1 889	94.0	28.7 %
Francisco Manyan	1 270	64.0	19.6 %
S. Lhanguene	1 309	65.0	19.9 %
Estrela da Manha	340	17.0	5.2 %
Anglic. S. Cipriano	630	32.0	9.8 %
Liceu Polana	460	28.0	8.6 %
Liceu Alvorada	208	13.0	4.0 %
Colégio Rei de Ma	325	14.0	4.3 %
Total	—	327.0	100.0

Fonte: Elaborado pelo autor através de dados da DEC-Departamento de Planificação, Levantamento Estatístico 3 de Março de 2005. Maputo.

Avaliação da relação espacial de localização das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco de contaminação do HIV/SIDA na cidade de Maputo: Estudo de caso dos distritos municipais 1 e 2

A escolha de alunos em cada escola foi de forma aleatória, escolhia-se os números ímpares em cada sala até atingir o número de alunos determinado a inquirir por escola.

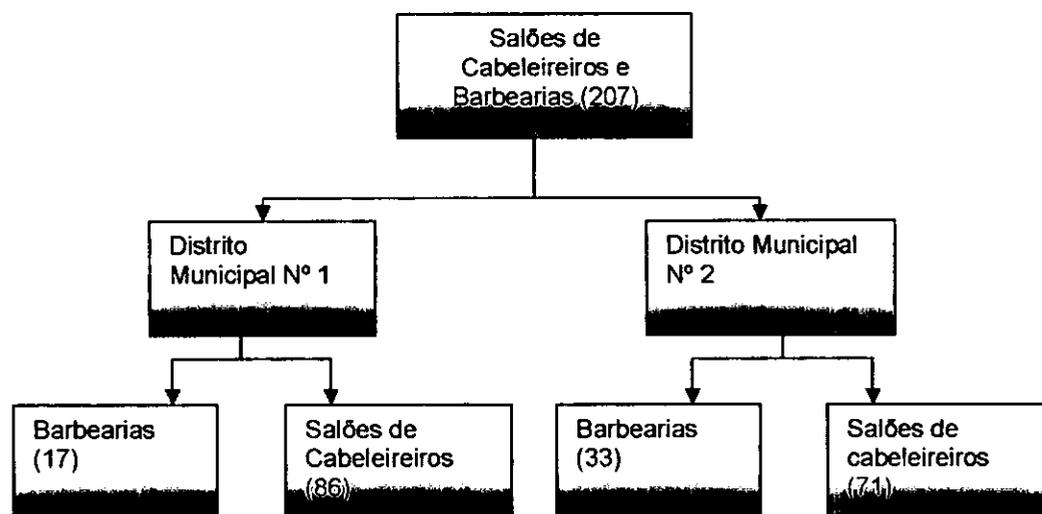
De acordo com o Mapa das Actividades Sócio-económicas da Direcção da Indústria e Comércio (2004) da Cidade de Maputo, os distritos municipais 1 e 2 (DM 1 e 2), contam com um total de 279 salões de cabeleireiros e barbearias licenciadas distribuídas em dois distritos municipais da seguinte forma:

Tabela 2: Barbearias e Salões de Cabeleireiros licenciadas por distrito Municipal

	Distrit Munic Nº 1	Distrit Munic Nº 2	Total
Salões de Cabeler	255	08	263
Barbearias	14	02	16

Fonte: Elaborado pelo autor, através de dados fornecidos pelo Direcção do Comércio e Indústria da Cidade, (2005).

Portanto, para o presente trabalho foram feitas cerca de 207 entrevistas a cabeleireiros e barbeiros de ambos distritos municipais. O critério usado para a escolha destes (207) salões de cabeleireiros e barbearias foi a proximidade entre eles, na tentativa de diminuir os custos de deslocação para áreas mais longínquas. Deste modo, os salões de cabeleireiros e barbearias entrevistadas distribuem-se da seguinte maneira.



Esquema 1: Representa o número de salões e barbearias visitadass nos distritos municipais 1 e 2.

1.4.3 Análise de dados

Para a elaboração do presente trabalho fez-se a análise dos dados colhidos através dos seguintes métodos:

a) *Programa SPSS*⁵

Para a análise dos dados do inquérito, foi usado o pacote informático *SPSS* para a digitalização e o processamento estatístico da informação, principalmente no cruzamento de variáveis, incluindo a produção de gráficos.

b) *Método Cartográfico*

Fez-se o levantamento da localização das Barbearias e salões de Cabeleireiros usando o receptor GPS (Sistema de Posicionamento Global), como forma de obter a localização exacta das barbearias e salões de cabeleireiros. Estes dados foram colectados com GPS de marca *GARMIN 12XL* programado em *UTM* e descarregados, isto é, fez-se o download (processo de transporte dos dados colectados) do GPS para GIS (Sistema de Informação Geográfica), módulo *arcview* versão 3.2. Recorreu-se ao programa de conversão de coordenadas (*Geoutn-MFC Application*) e fez-se a visualização dos pontos correspondentes as barbearias e salões

de cabeleireiros. Seguidamente passou-se a fase de produção de mapas referentes à localização das barbearias e salões de cabeleireiros, mapas da distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros, da distribuição de salões segundo o tipo, da distribuição espacial dos salões segundo o nível de risco e da distribuição espacial das barbearias segundo o nível de risco de contaminação por distrito municipal, e da localização geográfica da área de estudo. Estes mapas foram elaborados a partir da base de dados da *DINAGECA*.

⁵ *Statically Package in Social Science*

c) *Pattern matching* ou coincidência de padrões

Este método envolve a codificação de respostas dos dados colhidos, juntando as respostas similares, explicando as diferentes (respostas não similares) e tirando as conclusões relevantes a partir desta análise.

d) Triangulação

A triangulação consistiu em comparar e verificar a informação de diferentes fontes. Portanto, este método foi usado na análise para validar os dados obtidos fazendo a verificação/comparação com a literatura. Tentou-se sempre verificar as

observações e/ou constatações feitas e dados colhidos nas entrevistas, com informações de outros autores sobre o tema em estudo.

1.4.4 Termos e conceitos seleccionados

Termos

Agente antimicrobiano- Agente químico ou biológico que destrói ou inibe o crescimento de microrganismos, (Pelczar et al,1997).

Assepsia- Prática para conseguir que as pessoas, pacientes e ambientes fiquem livres de microrganismos infecciosos, (Pelczar et al 1997).

Barbearia- Lugar onde as pessoas cortam a barba e/ou cabelo.

Bactericida- Agente que destrói as bactérias, (Pelczar et al 1997).

Careca- Trata-se de um tipo de corte que é feito normalmente pelos jovens do sexo masculino que consiste na retirada total de cabelo na cabeça.

Contaminação- Entrada de organismos indesejáveis em algum material ou objecto, (Pelczar et al,1997).

Desinfecção- Processo em que se utiliza uma substância química para remover totalmente ou parcialmente os agentes infecciosos, (Pelczar et al, 1997).

Desinfectante- Substância química que mata as formas vegetativas de microorganismos patogénicos, mas não necessariamente as suas formas esporuladas, (Pelczar et al, 1997).

Escovinha- Refere-se a um tipo de corte de cabelo que geralmente os jovens do sexo masculino fazem que consiste em cortar o cabelo na cabeça muito a rente.

Esterilização- Processo de esterilizar, morte de toda e qualquer forma de vida, (Pelczar et al, 1997).

HIV- Vírus de imunodeficiência humana, o vírus que causa o SIDA, (UNICEF et al, 2003).

Jovem- Indivíduo com idade compreendida entre os 15 aos 24 anos de idade, (UNFPA: Glossary of Terms used in Reproductive Health. WEB page: www.unfpa.org).

Piercings- É uma prática que consiste em perfurar e pôr brincos em algumas partes convencionais do corpo, como no umbigo, na orelha, nariz etc.

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o que significa que o organismo perde a capacidade de combater a infecção devido ao enfraquecimento do sistema imonológico pelo HIV, (Jackson et al, 2003)

Tatuagem- Refere-se ao desenho indelével sobre o corpo humano, que se obtém introduzindo sob a epiderme matérias corantes, ou seja, introduzir pigmentos na derme, (Dicionário da Língua Portuguesa)

Salão de cabeleireiro- Recinto próprio onde se faz o tratamento de cabelo, manicura, pedicura, maquilhagem entre outros serviços.

Seronegativo- indivíduo desprovido de anticorpos do HIV. Significa, normalmente, que o HIV não está presente, mas ver também negativo falso e fase de janela, (Jackson, 2004).

Seropositivo- o sangue possui anticorpos ao HIV, o que indica que a existência da infecção pelo HIV, (Jackson, 2004).

Vírus- Agentes infecciosos acelulares que passam por meio de filtros que retêm as bactérias; parasitas intracelulares obrigatórios, (Pelczar et al, 1997).

Conceitos

Risco

De acordo com o Governo Moçambicano (1992), o risco é um evento incerto capaz de deteriorar o nível de bem-estar do indivíduo. Segundo a mesma fonte, as fontes de

risco podem ser: Naturais (terramotos, cheias, secas, doenças, etc), ou Humanas (práticas discriminatórias assentes na raça, género, religião, degradação ambiental, conflitos armados, etc). Ademais, World Bank (2001), classifica os riscos de acordo com o nível de ocorrência (micro, meso, e macro) e sua natureza (natural, económica, política, etc). Os riscos micro, frequentemente referidos como idiossincráticos, afectam singularmente indivíduos ou famílias específicas. Os riscos meso assolam grupos de famílias, uma comunidade inteira ou vila e são covariantes ou comuns para todas as famílias, uma comunidade. Em África, especialmente em Moçambique esses riscos podem ser: Secas, HIV/SIDA, Guerras e Votalidade

sazonal dos preços, etc. Os riscos também podem ocorrer ao nível macro, quando afectam regiões ou nações. Neste caso são considerados altamente covariantes.

Vulnerabilidade

Robert Chambers citado por DFID (1998) distingue o conceito de vulnerabilidade das definições convencionais de pobreza baseadas no rendimento considerando-a como fraqueza, insegurança e exposição ao risco, choque e tensões de condições ambientais incertas.

1.5 Revisão da Literatura

Da consulta bibliográfica efectuada das diferentes fontes secundárias disponíveis ficou claro que em vários estudos contém informação relevante sobre as diferentes dimensões ou formas de transmissão do HIV, as indicações preventivas, tratamento, os factores de risco e informação estatística sobre pessoas infectadas e alguns impactos a nível da sociedade em geral.

De acordo com Brooks et al (2000), a AIDS foi reconhecida pela primeira vez nos EUA em 1981 como uma nova entidade patológica em homens homossexuais. Quinze anos mais tarde, a AIDS transformou-se numa epidemia mundial que continua se expandindo. O Joint United Nations Programme Sobre HIV/SIDA calculou

que, em meados de 1996, cerca de 30 milhões de pessoas no mundo inteiro estavam infectadas pelo HIV, a maioria por contacto heterossexual.

Jackson (2004), citando Population Reference Bureau (2003), refere que as prevalências nacionais entre adultos (idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos) se avaliam em mais de 30% na Swazilândia, Botswana e Lesotho; em mais de 20% na África do Sul, Zâmbia, e Zimbábue; e em mais de 10% pelo menos nos camarões, República Central Africana (RCA), Moçambique, Quênia e Malawi.

De acordo com ONUSIDA (2002), mais de 40.000.000 de pessoas vive com HIV/SIDA, dos quais 28.500.000 na África Subsahariana e 1.100.000 em Moçambique. O primeiro caso de HIV/SIDA em Moçambique foi descoberto em

1986, e com a Assinatura do Acordo Geral de Paz em Roma (1992), houve a mobilidade da população para as suas áreas de origem, consequentemente aumentou a taxa de prevalência em adulto (16-49 anos de idade) de 3.3% em 1992 para 13.6% em 2003 (MISAU, 2003).

As evidências científicas demonstram que o HIV/SIDA é transmitido através de relações sexuais, de mãe para filho, através da transfusão de sangue e instrumentos

cortantes e perfurantes no caso de lâminas, agulhas, e através de objectos cortantes não esterilizados. Portanto, ficou claro sobre as formas de prevenção do HIV, que se resumem no sexo seguro em que a actividade sexual, ocorre sem penetração, o uso do preservativo masculino ou feminino e praticar o sexo sem protecção quando ambos os parceiros têm a máxima certeza que não têm doenças transmissíveis sexualmente.

Existem aproximadamente cerca de 58 programas e projectos que trabalham na área de prevenção do HIV/SIDA em Moçambique, 6 ONG's nacionais, 9 ONG's

internacionais. Destes programas, 7 recebem apoio da ONU e 13 do governo (Plano Estratégico, 2002).

A nível do governo moçambicano, as actividades de combate e prevenção do HIV/SIDA são coordenadas pelo Programa Nacional de Combate ao HIV/SIDA do Ministério de Saúde. Ademais, estas actividades de prevenção e combate que são levadas a cabo incluem a provisão da saúde, assegurando uma maior cobertura no diagnóstico e tratamento do HIV/SIDA e DTS, de qualidade, assim como outras enfermidades. Mas, outras actividades incluem a divulgação dos serviços de saúde em especial para jovens dentro e fora da escola, como a Geração BIZ, que desenvolve diversas actividades que visam a consciencialização da população, principalmente a estudantil sobre a prevenção do HIV/SIDA, motivação para mudança de comportamento sexual com vista à adesão ao sexo seguro incluindo o uso do preservativo, informar e educar os jovens, e apoio social às pessoas vivendo com HIV/SIDA.

ONUSIDA (2000), alude a dois padrões predominantes de transmissão do HIV/SIDA entre os adultos: o sexo heterossexual na África subsahariana, e o consumo intravenoso de drogas em grande parte do resto do mundo. Para MUGA (1997) e ONUSIDA (2002) na África Austral o HIV/SIDA transmite-se através de contacto sexual com uma pessoa infectada, de mãe para o filho durante a gravidez ou durante o parto, através do contacto com sangue infectado.

Enquanto que Brooks et al (2000), refere que a transmissão do HIV/SIDA é durante o contacto sexual, através da exposição parental de sangue ou seus derivados contaminados e de mãe para filho durante o período perinatal. Os profissionais de saúde tem sido infectados por HIV após picada de agulha com sangue contaminado embora se considere um número de infecções relativamente pequeno em comparação com o número de picadas envolvendo sangue contaminado, (idem).

Não obstante, UNAIDS (2003), salienta que para os dias de hoje existem somente quatro meios primários de transmissão do HIV/SIDA que são: penetração sexual (vaginal e anal), transmissão de mãe para filho, através de transfusões de sangue, através de agulhas contaminadas, seringas entre outros instrumentos cortantes usados para fazer piercings e tatuagens.

A mesma fonte ainda refere que a partilha de seringas, lâminas e agulhas por usuários de drogas, é responsável por uma infecção entre estas pessoas em muitas partes do mundo. Este autor considera o risco ser também maior para os procedimentos não-médicos, quando os instrumentos usados não estão correctamente esterilizados, estes procedimentos incluem os *piercings* em algumas partes do corpo, na orelha, tatuagens, acupunctura, circuncisões femininas e masculinas.

Porém, Jackson (2004), refere que os procedimentos médicos que envolvem o sangue apresentam o risco de o doente ou o profissional de saúde contrair uma infecção, não apenas o HIV/SIDA, como também muitas outras. Estes procedimentos incluem a cirurgia, o parto, as injeções, também pode ser transmitido por, facas ou agulhas sujas, através do manuseamento do sangue. Segundo a autora uma vez que o vírus de SIDA vive e se reproduz nas células de sangue, o contacto sangue-com-sangue de uma pessoa seropositiva pode constituir um risco e pode ocorrer nas seguintes circunstâncias:

- Da partilha de agulhas (pelos toxicodependentes que se injectam ou pelo pessoal médico que utiliza a mesma agulha em diversos doentes).
- Dos ferimentos por agulhas (quando uma pessoa, sem querer, se pica com uma agulha que tenha sido usada num doente seropositivo).
- Do contacto com uma ferida aberta ou com sangue, se a nossa própria pele tiver feridas ou cortes.
- Da partilha de escovas de dentes, lâminas e outros instrumentos que contenham vestígios de sangue.

De acordo com a mesma autora, citando os resultados de estudos publicados no início do ano 2003 por (Gisselquist and Potterat, 2003; Gisselquist et al, 2003 Brewer et al), acrescenta que a transmissão do HIV/SIDA através de procedimentos médicos em condições de não esterilização é um factor que tem vindo a contribuir muito para a evolução desta pandemia em África do que se pensava, (e o mesmo pode estar também a contribuir consideravelmente para o aumento da pandemia na Ásia).

Porém, OMS/ONUSIDA (2003), citados por Jackson (2004), refutam as conclusões constatadas por diferentes autores que referem que as injeções e/ou outros procedimentos médicos não esterilizados possam contribuir tanto para a transmissão do vírus de SIDA em África quanto o contacto sexual. Para OMS/ONUSIDA (2003), a transmissão por esta via é relativamente menos relevante, é avaliada em 2.5% no continente africano, concretamente na África Subsahariana.

Ward (1999), citado por Jackson (2004), afirma que muitos estudos revelam uma gama de infecção por HIV, desde os 0.13 a 0.39 por cada 100 exposições à cortes ou picadas de agulhas pelo pessoal da saúde, o que significa que, de entre 10 000 pessoas que se cortam ou se picam com uma lâmina ou agulha contaminada pelo HIV, 13 a 39 ficam infectadas pelo HIV.

Portanto, o Programa Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA do Ministério da Saúde tem como intervenções preventivas, a promoção e uso do preservativo em qualquer relação sexual (fora da relação reciprocamente monogâmica), sobretudo mudanças comportamentais, não compartilhar agulhas ou seringas, não usar instrumentos cortantes, agulhas, seringas entre outros instrumentos médicos que não estejam esterilizadas. Por outro lado, como forma de diminuir ainda mais o risco aconselha-se aos barbeiros e cabeleireiros a desinfectarem os instrumentos de uso com algum desinfectante.

Simpson (1998), afirma que “a eficácia da desinfecção depende muito da severidade do tratamento (temperatura e/ou concentração do agente químico) e o próprio tempo

da desinfecção". Porém, o álcool etílico tem óptima actividade bactericida em solução aquosa a uma concentração de 70-90%, fora deste intervalo possui pouco efeito. A acção deste agente químico contra os vírus é geralmente boa, porque são voláteis e têm sido universalmente recomendados como rápidos desinfectantes para superfícies da pele. O mesmo autor ainda refere que, em concentrações entre 70 e 90%, as soluções de álcool etílico (etanol), são eficientes contra as formas vegetativas dos microrganismos, pois é o mais eficiente na destruição das bactérias. Este álcool em concentrações entre 60 a 90% é eficiente contra o vírus. Entretanto, a presença de outras proteínas diminui a eficiência contra os vírus, porque o desinfectante se combina com elas, impedindo a acção sobre as proteínas virais, (Pelczar et al, 1997).

Entretanto, Murray et al (1998), sublinha que a desinfecção embora não constitua uma forma efectiva de destruição ou eliminação de todo um conjunto de microrganismos que possam por vezes resistir, ela depende muito do tempo de exposição do objecto ao álcool e também se deve ter em conta a concentração do mesmo álcool. Para este autor, quanto maior for o tempo de exposição do instrumento ou objecto cortante ao álcool, associado a concentração maior será a sua acção.

Porém, FANAE (2001), recomenda que os métodos para esterilizar instrumentos são em primeiro lugar, os auto-claves (a 120 graus durante 20 minutos), e esterilizadores de calor seco (fornos, estufas, etc a 170 graus durante uma hora). Para desinfecção aconselha que em primeiro lugar a ebulição, material ebulidor com recipiente adequado durante 20 minutos, e em casos de materiais que não podem oxidar-se usam-se métodos químicos como glutaraldeído a 2%, álcool etílico a 70% durante 30 minutos.

CAPÍTULO II

2. Caracterização da área de estudo

2.1 Localização geográfica

De acordo com Muchangos (1994), a cidade de Maputo, fica situada na costa Sudeste de África no extremo Sul do país, entre os paralelos de 25° 40' e 26° 30' Sul e entre os meridianos de 32° 35' e 33° 10' Este, (vide mapa 1 em anexo). A cidade é limitada a Este pelo oceano Índico, através da baía de Maputo, a Oeste pela cidade da Matola, a Norte pelo distrito de Marracuene e a Sul separa-se do distrito de Matutuine, (MINED, 1986).

2.2 Aspectos demográficos e sócio-económicos

A cidade de Maputo, de acordo com o II Recenseamento Geral da População e Habitação de 1997 (II RGPH 97), tem uma população de 966.837 habitantes, com uma razão de sexo de 96 homens por 100 mulheres (473.728 homens e 493.109 mulheres) distribuídos pelos 5 distritos urbanos e 2 localidades da Catembe e da Inhaca em que se organizam administrativamente. Por sua vez, os distritos urbanos que compõem a cidade de Maputo estão divididos em 53 bairros.

De acordo com a Direcção da Saúde da Cidade de Maputo (2005), a cidade de Maputo possui 21 unidades sanitárias nomeadamente: 1 (um) hospital central, Hospital Central de Maputo, 1 (um) hospital Psiquiátrico de Mavalane, 3 (três hospitais Gerais), Hospital Geral José Macamo, Hospital Geral de Chamanculo e Hospital Geral de Mavalane, 12 (doze centros de saúde), de Chamanculo, Xipamanine, Maxaquene, Porto, Alto-Maé, José Macamo, de Infulene, de Bagamoyo, da Catembe, 1° de Maio, 1 de Junho, de Albazine, da Malhangalene e 5

(cinco) Postos de Saúde, de Xipamanine, Oficinas Gerais, de Inhagoia e de Magoanine Tenda.

Segundo Raposo (2002), a situação das unidades sanitárias da cidade de Maputo, não é considerada dramática, em comparação com o resto do país. O contraste entre o equipamento do centro e da periferia é uma vez mais notório, com principais instalações localizadas no DU1, o maior (hospital central).

No que se refere a educação, é importante frisar que a rede escolar na cidade de Maputo, é muito nítida a diferença entre a rede escolar do distrito municipal 1 e os restantes distritos suburbanos.

O distrito municipal nº 1 é que oferece todos os níveis de ensino, a periferia apenas dispõe de escolas primárias e secundárias. A percentagem de escolas é mais elevada no centro e dispõe de escolas primárias que a média dos distritos periféricos. No nível secundário, as escolas não chegam a cobrir 10% da população em idade escolar e beneficiam os jovens do DM1, (Raposo, 2002). De acordo com a Direcção da Educação da Cidade (2005), a cidade de Maputo conta com um total de 126 escolas públicas e 60 escolas privadas de todos os níveis de ensino, distribuídas pelos cinco distritos urbanos.

2.3 Área de estudo seleccionada

O presente estudo tem como área de estudo seleccionada dois distritos municipais da cidade de Maputo, que são: distrito municipal 1 e 2. De acordo com Araújo (1999),

“entre os distritos, as localidades e os bairros observam-se contrastes evidentes, quer do ponto de vista da organização e edificação urbanas, quer das características demográficas e sociais dos seus moradores”. A mesma fonte ainda acrescenta que a área urbana coincide com o distrito municipal nº 1, com excepção das localidades

urbanas da Catembe e da Inhaca que pertencendo, administrativamente, a este distrito, devido as suas características são incluídas na área peri-urbana. Enquanto que os bairros da área suburbana distribuem-se pela totalidade dos distritos municipais nº 2 e 3, assim como grande parte dos distritos municipais nº 4 e 5.

De acordo com os dados do IIRGPH (1997), atribui à cidade de Maputo uma população de 966 837 habitantes, com uma razão de sexo de 96 homens por 100 mulheres (473 728 homens e 493 103 mulheres), onde cerca de 133 759 habitantes dos quais 67 910 homens e 65 849 mulheres, e 162 750 dos quais 80 094 homens e 82 656 mulheres constitui a população de dois distritos municipais 1 e 2 respectivamente.

Tabela 3: Distribuição da população por sexo, segundo os bairros dos distritos Municipais

Bairros do DM 1	População			Bairros do DM 2	População		
	Total	Homens	Mulheres		Total	Homens	Mulheres
Alto Mae A	11 126	5 619	5 507	Aeroporto A	17 132	8 390	8 742
Alto Mae B	15 794	7 991	7 803	Aeroporto B	17 577	8 562	9 015
Central A	13 110	6 486	6 624	Chamanculo A	14 419	7 217	7 202
Central B	14 806	7 449	7 357	Chamanculo B	11 006	5 305	5 701
Central C	9 885	5 161	4 724	Chamanculo C	27 638	13 561	14 077
Coop	6 358	3 318	3 040	Chamanculo D	14 535	7 122	7 413
Malhangalene	10 548	5 298	5 250	Malanga	17 651	8 742	8 909
A							
Malhangalene	17 138	8 602	8 536	Minkadjuine	9 349	4 691	4 658
B							
Polana	10 787	5 418	5 369	Unidade Sete	9 310	4 580	4 730
Cimento A							
Polana	12 791	6 460	6 331	Xipamanine	24 133	11 924	12 209
Cimento B							
Sammershild	11 416	6 108	5 308	Munhuana			
Total	13 374	67 910	65 849	Total	162 750	80 094	82 656

Fonte: Elaborado pelo autor através de dados do IIRGPH (97)

De acordo com Araújo (1999), a área suburbana é composta por 36 bairros (69.2% do total dos bairros), concentra 77.5% de toda a população da cidade e nela encontram-se os 16 bairros mais populosos, com mais de 20 000 habitantes para cada; dois destes bairros possuem um número de residentes superior a 40 000 (bairro Ferroviário e bairro Polana Caniço A). Em contrapartida, na área urbana o bairro com mais residentes (Malhangalene B) não ultrapassa os 17 800 moradores.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados e discussão do presente trabalho. Para este propósito usou-se o modelo de apresentação sistemática dos resultados, procurou-se apresentar uma ordem adaptada de acordo com a disponibilidade dos dados.

3.2 Localização dos salões de cabeleireiros e barbearias

A localização e distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros na cidade de Maputo, varia de distrito para distrito e de bairro para bairro. Porém, a nível dos bairros do distrito municipal nº 1 estão mais distribuídos os salões de cabeleireiros que as barbearias. Contrariamente ao que sucede no distrito municipal nº 1, a situação do distrito municipal 2 é completamente diferente pois, estão mais destacadas as barbearias do que os salões de cabeleireiros, (vide mapa 2 em anexo).

As barbearias e salões de cabeleireiros, se estendem logo a seguir ao núcleo da cidade de Maputo, ocupando uma área consideravelmente superior a esta que se caracteriza por possuir tipos de ocupação do espaço urbano para o espaço peri-urbano. A localização das barbearias e salões de cabeleireiros tem a ver com área que cada espaço ou bairro desempenha. Nos bairros com características de áreas

industriais, de serviços, concretamente a baixa da cidade (bairro central C), há poucas barbearias e salões de cabeleireiros. O mesmo não se pode falar para os bairros com função residencial e comercial. As funções residenciais e comerciais, desempenham um papel basilar para a distribuição das barbearias e salões de cabeleireiros.

De acordo com os entrevistados, cerca de 93% referem que a localização das barbearias e salões de cabeleireiros é motivada pelo consumidor e/ou cliente pois, a tendência é sempre de localizar num espaço, onde exista uma proximidade com o cliente, e cerca de 5% afirma que a localização estaria relacionada com os preços de aluguer do espaço, isto é, elas localizam-se naquele espaço porque os preços de renda são relativamente baixos aos outros espaços, enquanto 2% diz que a sua localização estaria motivada pela área de residência dos proprietários.

Recorrendo a uma análise comparativa entre salões de cabeleireiros e barbearias para ambos distritos municipais conclui-se que no distrito municipal nº 1, encontram-se mais concentrados salões de cabeleireiros que barbearias. Quanto as barbearias dizer que, elas não se localizam em todos bairros, todavia, não foi identificada nenhuma barbearia que se localize no bairro da Sommerschild. Portanto, no distrito municipal 2, há maior presença de barbearias não licenciadas a nível da Direcção da Indústria e Comércio da Cidade de Maputo, o que pouco se pode verificar ao longo dos bairros do distrito municipal 1.

As barbearias e salões de cabeleireiros localizam-se próximo das ruas, avenidas e caminhos. Esta tendência notabiliza-se em ambos distritos municipais da cidade de Maputo.

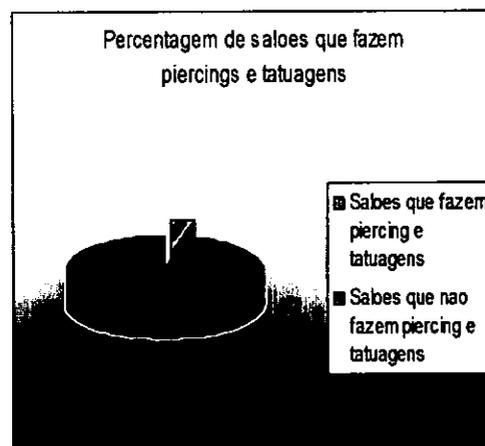
3.2 Características dos salões de cabeleireiros e barbearias

Caracterizar as barbearias e salões de cabeleireiros significa analisar dentro da sua funcionalidade, dando maior atenção para aquilo que é actividade desenvolvida por cada salão de cabeleireiro e barbearia. Quanto a actividade que cada salão de cabeleireiro e barbearia desenvolve, dizer que não existe diferença que se possa destacar para ambos distritos municipais. A actividade desenvolvida pelos salões de cabeleireiros é tida pelos entrevistados como uma actividade complexa, porque exige uma formação adequada. No entanto, cerca de 79% de cabeleireiros entrevistados não teve formação de cabeleireiro, executa-a por experiência, e 17% do universo teve formação específica enquanto que, 4% desempenha por gosto.

Esta actividade é desenvolvida na sua maioria por mulheres 89% contra 11% de homens. Esta actividade goza um papel de extrema importância no conjunto das estratégias de sustento quotidiano, esta actividade constitui fonte rendimento para os proprietários. Cerca de 87% de cabeleireiros e barbeiros não possui outra ocupação, enquanto que, para 13% é segunda actividade. O tipo de tarefas executadas pelos salões de cabeleireiros depende da condição sócio-económica do proprietário, o que garante o poder de aquisição de equipamentos que permitam fazer uma variada gama de tarefas. Os salões fazem, desfrizagem, permanentes, mizes, tratamentos de cabelo, frizz, manicura, pedicura, mirabas, tissagens, sombras, maquilhagem, corte de cabelo, tatuagens e *piercings*.

Gráfico I: Percentagem de salões que fazem tatuagens e *piercings*

Quanto as tatuagens e *piercings* não são todos os salões de cabeleireiros que fazem, pois, trata-se de uma prática que carece de muitos cuidados, formação especializada e



equipamentos especializados. Mais que a metade de salões de cabeleiros 96.5% não faz tatuagens nem piercings, somente uma percentagem de 3.5% é que faz esta prática. Destes salões que fazem tatuagens e *piercings* a maior parte 2% está localizada no distrito municipal nº 2 e depara-se com problemas de equipamento especializado para o efeito. Para os salões que fazem a mesma prática no distrito municipal 1, estes constrangimentos não se verificam.

Os resultados das entrevistas aos cabeleiros sugerem a uma caracterização quanto ao tipo de trabalho executado por cada salão. Assim, existem salões Unisexo, que ao tratamento de cabelo, manicura, pedicura, maquilhagem, mizzes, tissagens e cortes de cabelo, e salões Não-unisexo, não incluem manicura, corte de cabelo, tissagens e sombras (vide mapa 3 em anexo). Nesse mapa está a distribuição espacial de salões Unisexo e Não-unisexo a nível dos distritos municipais. Portanto, há maior proporção de dois tipos de salões ao longo do distrito municipal 1 comparativamente ao distrito municipal 2.

As barbearias de ambos distritos dedicam-se fundamentalmente ao corte de cabelo e da barba. Todavia, há uma diferenciação quanto aos tipos de cortes que se fazem. Em termos de tipos de cortes, os barbeiros do distrito municipal nº 1 são mais especializados isto é, fazem diferentes tipos de cortes. Para além dos cortes vulgarmente conhecidos por Escovinha, Careca, Juba, Panque e Normal, também fazem os cortes designados por Inglês, Francês, ao passo que, os barbeiros e cabeleiros do distrito municipal nº 2, fazem mais os cortes vulgarmente conhecidos por Escovinha, Careca, Juba, Panque e Normal.

Portanto, há uma diferenciação clara entre barbearias do distrito municipal nº 1 e 2 quanto as infra-estruturas, número de máquinas e espaço físico ocupado. No distrito municipal nº 2, algumas das barbearias funcionam em condições precárias, o que não é notório nas barbearias do distrito municipal nº 1.

3.3 Quanto aos métodos de prevenção do vírus de SIDA usado nas barbearias e salões de cabeleireiros

De acordo com UNFPA (2003), são considerados como factores de propagação do vírus de SIDA, a falta de informação sobre práticas sexuais seguras, fraco acesso e conhecimento dos métodos de prevenção, violência, exploração sexual e as relações sexuais com muitos parceiros.

A percepção das formas de prevenção do HIV/SIDA através dos instrumentos cortantes e perfurantes varia de acordo com a localização dos salões de cabeleireiros e barbearias. No entanto, estas formas são mais conhecidas por cerca de 69% de barbeiros e cabeleireiros do distrito municipal nº 1 que doutro distrito municipal nº 2, onde só cerca de 31% é que conhece. Os barbeiros e cabeleireiros do distrito municipal nº 1 sabem que o uso de esterilizadores, o uso de lâminas, agulhas descartáveis, constitui um método eficaz para prevenção do vírus de SIDA.

Segundo Rofina Romão⁶ *“Existem clientes que quando chegam aqui e o barbeiro diz que devem esperar um pouco para esterilizar as lâminas ou agulhas, dizem que é este processo é demorado, preferem que usemos álcoois porque estão habituados”*

Para Maria Elisa⁷ *“ Maior parte dos nossos clientes exigem que nós esterilizemos os instrumentos de trabalho. Até temos clientes que trazem os seus instrumentos como, agulhas, lâminas, navalhas e máquinas de barbear e para o corte de cabelo. Segundo eles neste momento que estamos não devemos confiar em ninguém senão em nós mesmos, daí que é necessário a gente ter certeza que estamos a usar seguramente os nossos instrumentos”*

⁶ Cabeleireira. Entrevista realizada no bairro de Minkadjuine (Distrito Municipal nº 2), no dia 20/07/2005

⁷ Proprietária do salão de Cabeleireiro. Entrevista realizada no bairro da Sommerschild (Distrito Municipal nº 1), no dia 27/07/2005, Maputo.

De acordo com Simpson (1997), a esterilização por meio de raios laser, através de estufas e fornos e a calor húmido como é o caso de auto-claves constituem as formas mais seguras para se evitar a contaminação do HIV/SIDA.

FANAE (2001), recomenda que os métodos para esterilizar instrumentos são em primeiro lugar, os auto-claves (a 120 graus durante 20 minutos), e esterilizadores de calor seco (fornos, estufas, etc a 170 graus durante uma hora). Para Hipólito Roque Cano⁸ “a esterilização é um processo de destruição de todas as formas de vida microscópica. Ela refere-se a ausência total ou a destruição de todos os microrganismos”.

Uma proporção de 37.9% de inquiridos aventa a possibilidade de contrair o vírus de SIDA pelo facto de as barbearias e salões de cabeleireiros que frequentam não usarem esterilizadores, ao passo que, 25.4% não considera risco algum da não esterilização e os restantes 31.8% não sabe qual a vantagem do uso de esterilizadores, ou do método de esterilização.

Por outro lado, cerca de 38.2% dos inquiridos refere que os seus salões e barbearias não usam instrumentos descartáveis e/ou auto-destrutíveis e 20.5% considera não ser possível contrair o vírus por não usar instrumentos descartáveis ao passo que, 35% não sabe que sem o uso de instrumentos descartáveis pode-se contrair.

O método da desinfecção que as barbearias e salões de cabeleireiros dos distritos municipais 1 e 2 têm usado, tem sido através dos seguintes desinfectantes químicos: álcool etílico-*Methylated Spirits*, *Savlon* e *Javel*.

Portanto, Murray et al (2000), sustenta que os álcoois, como *isopropanol*, *etanol industrial* e *Methylated Spirits* têm óptima actividade bactericida em solução aquosa a 70-90% de concentração. O mesmo autor acrescenta dizendo que, a acção destes

⁸Prof. Doutor Hipólito Roque Cano. M.D M.P.H PhD (Medicina Interna). Entrevista realizada no dia 16/08/2005. Maputo.

desinfectantes contra vírus é geralmente boa, porque são voláteis. Estes álcoois têm sido universalmente recomendados como rápido desinfectantes para as superfícies da pele. Brooks et al (2000), recomenda o tempo mínimo de 10 minutos, a uma temperatura do ambiente para inactivar o vírus de SIDA como os desinfectantes químicos.

De acordo com Murray et al (2000), a desinfecção embora não constitua uma forma efectiva de destruição ou eliminação de microrganismos que possam por vezes resistir, ela depende muito do tempo de exposição do objecto ao álcool e também se deve ter em conta a concentração do álcool. Para este autor, quanto maior for o tempo de exposição do instrumento ou objecto cortante ao álcool, maior será a sua acção. De acordo com Hipólito Roque Cano⁹, “ *todo processo de desinfecção por álcool (etanol), para inactivar o vírus de SIDA não é efectivo, principalmente quando ocorre num tempo inferior a 10 minutos pois, o tempo da desinfecção, concentração do álcool, são determinantes para sua efectividade*”.

De uma maneira geral pode-se dizer que, quanto aos métodos de prevenção do vírus do SIDA constatadas nas barbearias e salões de cabeleireiros, ficou claro que, o uso destes métodos varia de distrito para distrito, de bairro para bairro e de acordo com a situação financeira de cada proprietária/o do salão ou da barbearia.

Para a área de estudo, cerca de 33% dos salões de cabeleireiros é que usam esterilizadores como método de prevenção do vírus de SIDA, e 67% não usam esterilizadores, pois desinfectam os seus instrumentos de trabalho através de agentes químicos como é o caso de álcoois. Dos 67% que não usam esterilizadores, e 59% desinfectam através de desinfectantes. Deste grupo, existem salões que desinfectam num tempo recomendado isto é, tempo de exposição do instrumento ao desinfectante (igual ou superior a 10 minutos), e outras desinfectam num tempo inferior, não recomendado, fazendo com que os jovens corram maior risco de contaminação do HIV/SIDA.

⁹ Prof. Doutor Hipólito Cano (Informador-chave)

De referir que todos estes métodos (desinfecção e esterilização) que os barbeiros e cabeleireiros usam visam prevenir a eles próprios e aos usuários do vírus de SIDA, uma vez que esta doença pode ser transmitida através do contacto sangue com sangue. De acordo com os entrevistados, é comum os usuários contraírem ferimentos ou pequenas lesões na pele durante o corte de cabelo, quando estavam a fazer piercings, tatuagens, no acto da manicura, pedicura, sombras, e no momento das tissagens.

Cerca de 48.3% dos inquiridos referiu que já contraiu ferimento durante o corte de cabelo, enquanto 30.6% afirmou nunca ter tido algum ferimento durante o corte de cabelo. Dos restantes 11.9% não sabe se terá contraído ferimento em algum momento durante o corte de cabelo, 8.9% não respondeu. Uma proporção de 41.9% dos inquiridos referiu conhecer outras pessoas que tiveram ferimento durante o corte de cabelo, 22% conheci outras pessoas que tiveram ferimento no momento em que estavam a fazer tatuagens, 19.8% tem amigos que já tiveram ferimento durante o piercings e a restante proporção equivalente a 16.3% não respondeu.

3.4 Características dos usuários dos salões de cabeleireiros e barbearias

A descrição das características dos usuários reveste-se de grande importância para a compreensão e interpretação dos resultados deste trabalho.

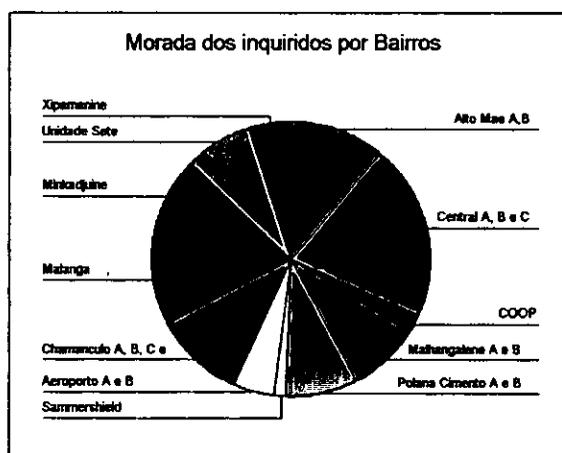
Os resultados da amostra mostram que dos 327 jovens inquiridos no âmbito deste trabalho, cerca de 51.4% são residentes do distrito municipal nº 1, enquanto 48.6% vivem no distrito municipal nº 2. Desta população 33.3% é do sexo feminino e 66.7% é do sexo masculino. Em relação ao estado civil os dados mostram que a maioria é solteira 99.1% contra 0.9% casados. Cerca de 52% desta população são estudantes da 11ª classe, contra 48% da 12ª classe.

No que se refere a idade, é importante sublinhar que o presente trabalho limitou-se em jovens com idades situadas num intervalo de 15 aos 24 anos de idade. Assim,

cerca de 1.6% dos inquiridos é que tem a idade máxima de 24 anos de idade, 2.8% tem a idade mínima. A maior parte destes jovens concentra-se na idade dos 18 anos com uma proporção de 21.4%, seguidamente os de 19 anos de idade com cerca 20.8%, enquanto os de 17 anos de idade têm uma proporção de 14.7%.

Gráfico 2: População inquirida por bairro

Tanto a população maioritária como minoritária dos inquiridos encontra-se a residir no distrito municipal nº 1, concretamente no bairro central A, B e C com cerca de 20.8% e Sammershild respectivamente. O bairro com mais residentes dos inquiridos do distrito municipal nº 2, é o



Chamanculo A, B, C, e D com uma proporção de 10.7% antecedido do bairro Alto Mãe com cerca de 11.0% de residentes. O bairro da Malanga conta com 10.4% residentes. Enquanto que os bairros da Malhangalene A e B, Polana Cimento A e B, Unidade Sete e Xipamanine Aeroporto A e B têm uma população de 8.3%, 8.3%, 8.0%, 4.9% e 4.6% respectivamente.

A nível dos inquiridos residentes nos dois distritos municipais em estudo, cerca de 67.7% fazem os cortes nos seus respectivos bairros de residência, e 15.9% fora dos seus bairros enquanto 15.3% fazem cortes domiciliários, isto é, nas suas casas. Em relação aos cortes os jovens referem que gostam mais de fazer os cortes vulgarmente conhecidos por careca 7.0%, os cortes de escovinha 46.5% e cerca de 34.3% fazem o corte normal.

O corte vulgarmente conhecido por escovinha, que maior parte dos jovens fazem, foi igualmente referenciada por cerca de 72% dos entrevistados. Enquanto que os corte de careca e normal contam com uma proporção de 20% e 8% respectivamente. Os jovens do sexo masculino 78% é que mais fazem, ao passo que, e 5% dos jovens do

sexo feminino gostam de fazer escovinhas, 2.% carecas e 15% têm feito cortes normais.

Para além destes diferentes tipos cortes acima referenciados, cerca de 8.9% dos jovens já fizeram tatuagens e cerca de 7.6% já alguma vez fizeram piercings. Estas práticas têm sido geralmente feitos nas barbearias 2.1%, 2.1% fazem nos salões especializados e cerca de 6.4% dos jovens fazem nos seus bairros de residência na companhia dos seus amigos. Em relação aos piercings 5.5% dos inquiridos fazem nos salões de cabeleireiros especializados para tal e uma proporção de 2.1% faz no bairro com amigos. Quanto ao número de cortes, uma percentagem de 40.7% dos inquiridos faz um único corte de cabelo durante o mês, e 25.4% têm feito dois cortes de cabelo por mês e 12.2% faz mais de um corte durante o mês.

3.5 Classificação das barbearias e salões de cabeleireiros segundo as formas de prevenção do vírus de SIDA

Em Moçambique, durante o Processo de Planificação Estratégico, foram identificadas as actividades que contemplam directamente as determinantes da infecção e do impacto do HIV/SIDA. As mais importantes foram qualificadas de essencial que constituem o pacote de actividades a prestar a cada pessoa vulnerável, no sentido de se reduzir o nível de vulnerabilidade.

Dentre as várias actividades essenciais para a prevenção destacam-se as seguintes: Promoção do uso e venda de preservativo (i); educação sexual pelos pares para modificação do comportamento sexual (ii); teatro, vídeo e dramatização (iii); tratamento de DTS (iv); aconselhamento e testes voluntários e confidenciais (v); acompanhamento dos jovens aos serviços de saúde (vi); promoção do poder de negociação das raparigas e das mulheres e mobilização das comunidades ligadas aos grupos vulneráveis prioritários. As actividades essenciais para redução do impacto

destacam-se: o aconselhamento, teste voluntário e confidencial, aconselhamento para o uso do preservativo, tratamento de doenças oportunistas por unidade tipo hospital Dia, cuidados e apoio baseados na comunidade, formação vocacional e actividades geradores de rendimentos (MISAU, 2000).

Do lado do governo moçambicano, as actividades de prevenção e combate do HIV/SIDA são coordenadas pelo Programa Nacional de Combate (PNC) as DTS/HIV/SIDA do Ministério de Saúde. As actividades de prevenção e redução de impacto levadas a cabo incluem a provisão da saúde, de qualidade assegurando assim a uma maior cobertura no diagnóstico e tratamento da DTS/HIV/SIDA e DTS assim como outras enfermidades. Outras actividades incluem a divulgação dos serviços de saúde em especial para jovens dentro e fora da escola, a promoção do uso do preservativo; promoção de sexo seguro e apoio às pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Um dos objectivos do PNC¹⁰ das DTS/HIV/SIDA, é a redução dos níveis de infecção do HIV através da via não sexual na promoção de medidas de assepsia, nas práticas e ritos tradicionais, nos *piercings*, nas barbearias etc, e formação dos praticantes da medicina tradicional em matéria de Biossegurança, (MISAU, 2004).

De acordo com Dr. Marc Arthur¹¹, *“A nível do Ministério da Saúde-Programa Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA está sendo feito um trabalho de aconselhamento e sensibilização dos barbeiros e cabeleireiros no sentido de terem conta as formas de prevenção que tem sido divulgadas pelos órgãos de comunicação e informação, como o uso de descartáveis para certas actividades que não se pode usar o mesmo material para mais de uma pessoa, uso de esterilizadores, caso não seja possível o uso de esterilizadores e/ou descartáveis, se aconselha que se fervam os instrumentos de uso, e desinfectem através de desinfectantes”*.

¹⁰ Programa Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA

¹¹ Dr. Alfredo Mac Arthur (chefe das Doenças Transmissíveis do Programa Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA do Ministério da Saúde)-Informador-chave.

Para UNAIDS (2003), os *piercings* do corpo e nas orelhas, tatuagens, acupuntura ou qualquer procedimento que envolve instrumentos cortantes ou perfurantes constitui um risco de transmissão do vírus de SIDA. Um dos métodos para evitar o risco é a

esterilização adequada destes instrumentos. Podem ser esterilizados através de esterilizadores de calor seco (fornos, estufas, durante uma hora no máximo), e através de raios ultravioletas, através de autoclaves (a 120 graus durante 20 minutos).

Segundo Brooks et al (2000), como forma de diminuir o risco de infectar outras pessoas por meio do uso de agulhas, lâminas entre outros instrumentos cortantes, as lâminas de barbear e outros objectos de uso pessoal passíveis de serem contaminados com sangue não devem ser compartilhados com outras pessoas. Os objectos que tenham perfurado a pele, como por exemplo, agulhas hipodérmicas, e de acupuntura, devem ser esterilizados por alta clivagem antes da nova utilização ou devem ser descartados com segurança. Sempre que possíveis deve-se utilizar agulhas, lâminas entre outros instrumentos descartáveis.

Na análise das formas de prevenção do vírus de SIDA, sugeridas por vários autores ficou claro que o risco de contaminação pode ser evitado se se terem em conta todas as recomendações a partir do uso correcto e sistemático do preservativo, ter relações sexuais apenas entre parceiros mutuamente fiéis não infectados, usar sangue e productos sanguíneos que tenham resultado negativo no teste de HIV; usar agulhas e outros equipamentos para a doação de sangue ou de productos sanguíneos esterilizados; não partilhar agulhas e seringas, usar sempre agulhas, seringas lâminas esterilizadas, descartáveis ou auto-destrutíveis, tanto nos serviços de saúde como nos outros locais em que é evidente o uso de instrumentos cortantes e perfurantes.

Para o presente trabalho, foi feita a classificação das barbearias e salões de cabeleiros segundo o nível de risco de contaminação do vírus de SIDA, tendo em conta as formas de prevenção sugeridas pelos autores como, UNAIDS (2003),

FANAE (2001), Murray et al (2000), Brooks et al (2000), e Simpson (1997). Assim, foram usados os seguintes critérios: uso de esterilizadores; desinfecção através de desinfectantes químicos (álcoois) com concentração exigida acima de (60-90%). Este processo da desinfecção deve ocorrer num intervalo de tempo mínimo de 10 minutos. Outro elemento tido em consideração para esta classificação foi o número de máquinas em uso que cada salão e/ou barbearia possui para cada barbeiro e/ou cabeleireiro. Contudo, na base destes elementos agruparam-se: (i) salões de cabeleireiros sem risco; (ii) salões de cabeleireiros com risco médio; (iii) salões de cabeleireiros com alto risco; (iv) barbearias sem risco; (v) barbearias com risco médio, (vi) barbearias com alto risco.

(i)- Salões de cabeleireiros sem risco- Consideraram-se salões sem risco todos que usam o método de esterilização. Também, fazem parte deste grupo todos os salões Não-unisexo isto é, os que se dedicam ao tratamento de cabelo.

(ii)- Salões de cabeleireiros com risco médio- Todos que usam o método de desinfecção. Mas, que esta desinfecção ocorre num tempo igual ou superior a 10 minutos. E possuem mais de uma máquina em uso para cada cabeleireiro.

(iii)- Salões de cabeleireiros com alto risco- São os que desinfectam os seus instrumentos num tempo inferior a 10 minutos, para além de possuírem somente uma máquina em uso para cada cabeleireiro.

(iv)- Barbearias sem risco- São todas as barbearias que usam o método de esterilização.

(v)- Barbearias com risco médio- Agupam-se todas barbearias que desinfectam os seus instrumentos através de desinfectantes, mas que o tempo de exposição do instrumento ao desinfectante é adequado (igual ou superior a 10 minutos). E aquelas que possuem mais de uma máquina em uso para cada barbeiro.

(vi)- **Barbearias com alto risco**- São as que desinfectam os seus instrumentos através de desinfectantes. Porém, neste grupo de barbearias, o tempo de exposição do instrumento ao desinfectante não é adequado pois, é inferior a 10 minutos. Agrupam-se também neste grupo todas barbearias que têm uma máquina em uso para cada barbeiro.

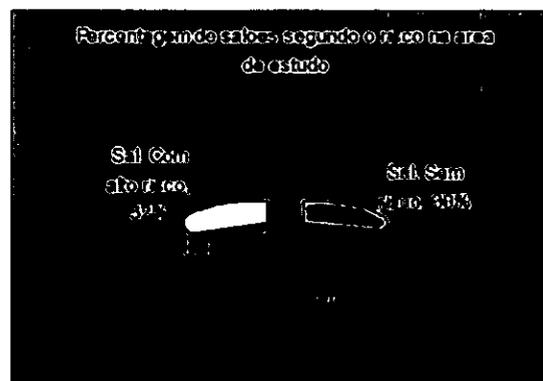
3.5 Avaliação do risco de contaminação do HIV/SIDA em relação a localização das barbearias e salões de cabeleireiros

Fazer a avaliação da distribuição espacial do risco de contaminação do vírus de SIDA através de salões de cabeleireiros e barbearias, significa identificar geograficamente a distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros segundo o nível de risco que cada distrito municipal e ou bairro corresponde.

Sob ponto de vista espacial, tanto as barbearias como os salões de cabeleireiros encontram-se distribuídos em ambos distritos municipais, embora existam diferenciações em termos de concentração de um determinado tipo de salão e/ou barbearia segundo o nível de risco.

No seu aspecto global, os salões de cabeleireiros sem risco, com risco médio, com risco alto e barbearias com risco médio e alto encontram-se distribuídos ao longo dos dois distritos municipais. Porém, há uma predominância dos salões de cabeleireiros sem risco, com risco médio e barbearias de risco médio ao longo dos bairros do distrito municipal 1, facto que pouco se nota ao longo do distrito municipal 2, onde os salões e barbearias com estas características são raras.

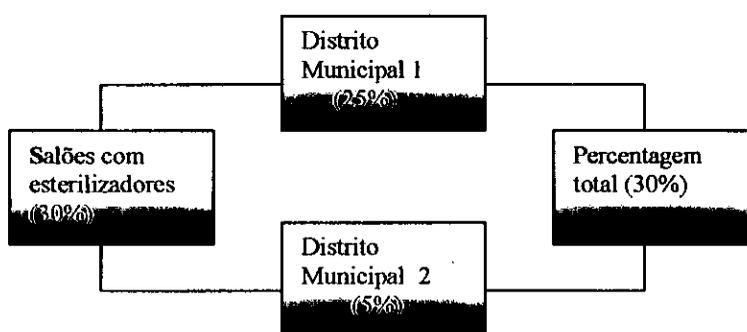
Gráfico 3: Representa o nível de risco na área de estudo



Para a área de estudo, há uma proporção de 30% de salões de cabeleireiros sem risco, 38% de salões de cabeleireiros com risco médio e uma proporção de 32% pertencem ao grupo de salões de cabeleireiros com risco alto, (vide mapa 4 em anexo). O gráfico ilustra as proporções de salões de cabeleireiros segundo o nível de risco. A mais baixa proporção é a de salões de cabeleireiros sem risco, o que significa que estes salões usam como método de prevenção do vírus de SIDA a esterilização. Porém este grupo de salões não se encontram distribuídas na sua totalidade ao longo dos distritos municipais. A proporção é muito mais baixa para os salões que se localizam no distrito municipal 2 que doutro distrito municipal.

Para o caso dos salões de cabeleireiros com risco médio que apresentam uma proporção de 38%, é necessário frisar que, este grupo de salões também encontram a maior expressão ao longo do distrito municipal 1, do que ao longo dos bairros do distrito municipal 2. Contrariamente ao que se passa em relação aos salões de cabeleireiros com risco médio e sem risco em termos de distribuição e localização espacial, o mesmo não se pode dizer para os salões de alto risco em termos de distribuição e área de predominância.

Os salões de cabeleireiros com alto risco destacam-se com maiores proporções ao longo dos bairros do distrito municipal 2. Esta situação poderá ser motivada pelo facto destes cabeleireiros usarem como método de prevenção do vírus a desinfecção. Porém, neste distrito o método de desinfecção não tem sido usado adequadamente, facto que faz com que neste distrito se concentrem mais salões de cabeleireiros com alto risco.



Esquema 2: Salões que usam esterilizadores

do bairro central. Os bairros da Sommerschild, Polana Cimento A e B, Central A, B e C, Malhangalene A, é que contam com uma concentração maior de salões sem risco.

A distribuição espacial de salões com alto risco, é patente ao longo dos bairros do distrito municipal 2. Os bairros da Malanga, Chamanculo A, B e D, Minkadjuine e Aeroporto A e B são os que mais se destacam com esta característica. Em relação a distribuição das barbearias, é importante referir que neste distrito se destacam mais barbearias de risco médio como as de risco alto, contrariamente ao que sucede no distrito municipal 1. Cerca de 18% das 33 barbearias visitadas é que pertencem ao grupo de barbearias de risco médio, enquanto que, 82% corresponde a barbearias de risco alto, (vide mapa 5 em anexo).

As barbearias de risco médio estão mais concentradas ao longo do bairro Malanga, Minkadjuine e Chamanculo, ao passo que, as de risco alto distribuem se com proporções elevadas por restantes bairros.

Os resultados das entrevistas semi-estruturadas realizadas revelam que 71% dos cabeleireiros e barbeiros do distrito municipal não conhecem as formas mais seguras para se precaverem do vírus de SIDA, mas apontam o uso do álcool como a alternativa mais viável para a sua prevenção.

Segundo Augusto Matos Romão¹² *“Uma forma de nos prevenirmos contra doenças, como HIV/SIDA é usarmos o álcool, pois este ajuda a matar o vírus, porque é muito forte, arde muito, é um álcool puro. Também se sabe que o vírus de SIDA não resiste a temperaturas altas, uma vez que a máquina aquece quando cortamos o cabelo, aí*

logo morre...”. Segundo Hipólito Roque Cano¹³ *“Evidentemente que o vírus não resiste a altas temperaturas....”*.

¹² Entrevista mantida no bairro de Xipamanine (DM2) no dia 25/07/2005. Maputo.

¹³ Prof. Doutor Hipólito Roque Cano

Portanto, o Plano Estratégico Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA (2002), considera os obstáculos políticos, culturais, sociais, institucionais e financeiros como sendo a razão para a não propagação das diferentes formas de prevenção do HIV/SIDA. Assim, os resultados mostram que alguns barbeiros do distrito municipal 1 e 2, sabem que o ideal ou seja, a forma mais eficaz para se precaverem do vírus da SIDA seria o uso de esterilizadores ou mesmo a alternância de máquinas, isto é, usar uma lâmina para cada cliente enquanto desinfecta outra para usa-la com outro cliente, mas como não têm condições suficientes para adquirem esterilizadores ou mais máquinas, optam por trabalharem dentro das possibilidades existentes.

A divulgação das formas de transmissão do HIV/SIDA constitui um desafio para redução de infecção da doença, daí que muitos barbeiros não sabem que a alternância das máquinas também é uma forma eficaz para se precaverem.

Segundo, António Benjamim¹⁴ “, *Tenho duas máquinas, mas neste momento estou a usar somente uma, tenho outra guardada para um dia que avariar esta máquina não poder parar com o meu ganha-pão. Também não faz sentido ter que usar duas sozinho*”. Cerca de 90% dos barbeiros do distrito municipal 2, afirma possuir mais de uma máquina, mas que não devem usar todas as máquinas em simultâneo, facto que lhes pode criar uma paragem do seu trabalho quando estiverem a usar todas, para estes é sempre bom ter máquinas de reserva para não comprometer o seu trabalho.

¹⁴ Barbeiro-Entrevista realizada no bairro da Malanga (DM2), no dia 26/07/2005. Maputo.

4. Considerações finais

Nesta secção são apresentados as considerações finais a partir dos resultados que serviram para responder os objectivos deste trabalho.

A distribuição espacial das barbearias e salões de cabeleireiros não é uniforme ao longo dos distritos municipais. Os salões de cabeleireiros encontram-se mais concentrados em ambos distritos do que as barbearias. As barbearias contam com uma proporção relativamente maior no distrito municipal 2 que distrito municipal 1.

Os salões de cabeleireiros Unisexo dedicam-se fundamentalmente ao tratamento de cabelo, manicura, pedicura, desfrizagem, permanentes, mizzes, frizz, maquilhagem, sombras, mirabas, tissagens, tatuagens e *piercings*, incluindo o corte de cabelo e barba, ao passo que os salões de cabeleireiros não unisexo destinam-se essencialmente ao tratamento de cabelo que não inclui o corte de cabelo e da barba para os homens, também não fazem manicura, pedicura, tissagens e sombras.

As barbearias de ambos distritos municipais, em termos de actividades dedicam-se exclusivamente ao corte de cabelo e barba. Os cortes mais vulgares feitos pelos barbeiros são: escovinha, careca, juba e normal. Em termos espaciais os salões de cabeleireiros Não-unisexo, assim como unisexo encontram-se distribuído ao longo dos bairros de ambos distritos municipais.

Como métodos de prevenção do vírus de SIDA, os salões de cabeleireiros adoptam duas formas principais: a esterilização e a desinfecção. A esterilização é usada por maior parte de salões de cabeleireiros localizados no distrito municipal nº 1. A nível desse distrito estão mais destacados nos bairros da Sommershild, Polana Cimento A, Coop, Malhangalene A e Central B e C. O distrito municipal nº 2, é caracterizado por maiores proporções de salões de cabeleireiros que usam o método de desinfecção.

Fazendo uma análise comparativa entre o nível de risco de contaminação do vírus de SIDA entre os salões de cabeleiros e barbearias, conclui-se que o risco é maior nas barbearias do que nos salões de cabeleiros. Esta situação acontece porque as barbearias usam como método de prevenção do vírus de SIDA, a desinfecção que que está mais que provado que este método não é efectivo.

5. Referências Bibliográficas

- ABIA** (2002) Relatório da Missão para Avaliação de Materiais de IEC e Criação da demanda para os GATVs, Hospital de dia e Cuidados ao Domicílio. Brasil.
- AGENDA 2025, Visão e Estratégia da Nação**. Maputo, Moçambique.
- AMARAL**, Wanda do (1999) Guia para Apresentação de Teses Dissertações Trabalhos de Graduação. Livraria Universitária-UEM. 2ª Edição. Maputo, Moçambique.
- ARAÚJO**, Manuel (1999). Cidade de Maputo-Espaços Contrastantes: Do Urbano ao Rural. UEM-Faculdade de Letras, Livraria Universitária; Maputo, Moçambique.
- AUGUSTO**, Gerito et al (2002) Avaliação das Condições que Constituem Factores de Risco por Infecção de HIV/SIDA em Prisioneiros da Cadeia Central da Machava e Centro de Reclusão Feminina de N'Dlavela. MISAU-Ministério da Justiça. Maputo, Moçambique.
- BROOKS**, Geo. F., et al (1998) Jawetz, Melnick & Adelberg: Microbiologia Médica. Editora Guanabara Koogan S.A, Rio de Janeiro, Brasil.
- CASIMIRO**, I; **CRUZ** e Silva, T; **OSÓRIO**, C e **ANDRADE**, X (2002). Estudo de Base. Khuluvuka-Corredor de Esperança. CEA/FDC Maputo, Moçambique.
- CONSELHO DE MINISTROS** (2004) Plano Estratégico de Combate ao SIDA. Maputo, Moçambique.
- DUNKLE** et al (2004) Gender-Based Violence. Relationship Power, and Risk of HIV Infection Among Women Attending Antenatal Clinic in South Africa. Lancet.
- FANAE** (2001) SIDA Y Desinfección: Recomendaciones para Prevenir las Enfermedades Transmitidas por sangre -informacion para peluqueras y esteticistas. Departamento de Salud. Madrid. Visitado, no dia 25/06/2005 em <http://nuvisystem.com/fanae/recomendaciones.htm>.
- FOREIT**, K (1999) Some considerations for Development a strategic Approach to the HIV/AIDS Epidemic in Mozambique. The Future Group: Policy Project.
- FRADA**, João José Cúcio. (2001) Guia Prático para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos. Edições Cosmos. 11ª Edição. Lisboa, Portugal.

- FDC. (2001) A Systematic Approach to Monitoring and Evaluation for tree-year Kulhuvuka, HIV/AIDS Corridor of Hope Project. Maputo, Moçambique.
- G, Sykes. (1965) Desinfection and sterilization, 2ª Edição. Filosofia, Lippincott.
- INE, et al (2002) Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Actualização Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002. Maputo, Moçambique.
- INE, et al (2002) Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: (Actualização). Maputo, Moçambique.
- INE (2002) Inquérito Nacional Sobre o a Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens Adolescentes-INJAD. Maputo, Moçambique
- INE, (1999) II Recenseamento Geral da População e Habitação: Cidade de Maputo CENSO 97. Maputo, Moçambique.
- JACKSON, Helen (2004) Sida em África: continente em crise. Harare, Zimbabwe.
- KARLYN, Andrew & MUSSA, Fátima. (2000) Estudo Qualitativo com grupos de Alto Risco-Equar Jovens Dentro e Fora da escola na Cidade de Maputo, (Relatório final). Maputo, Moçambique.
- MINED (1997). Atlas Geográfico. 2ª Edição; Vol I. Maputo, Moçambique.
- MISAU, (2004) Plano Estratégico Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA-Sector da Saúde 2004-2008-Moçambique. Maputo, Moçambique.
- MISAU et al (2004) Inquérito Demográfico e de Saúde. Maputo, Moçambique.
- MISAU/PNCS (2004) Componente Estratégica do Plano Nacional Multi-sectorial de Combate ao HIV/SIDA. II Parte- Objectivos, Estratégias e Mecanismos de Avaliação. Maputo, Moçambique.
- MONASO (1998) Plano Estratégico, 1999 – 2003. Maputo, Moçambique.
- MUCHANGOS, Aniceto dos (1994) Cidade de Maputo: Aspectos Geográficos. Maputo, Moçambique.
- MULENGA, Alberto C. (2000) Introdução á Estatística. Universidade Eduardo Mondlane-Faculdade de Ciências-Departamento de Matemática e Informática. Maputo, Moçambique.
- MURRAY, Patrick R. et al (2000). Medical Microbiology. Third edition. St Louis, Missouri.

- ONUSIDA (2004)** Informe Sobre La Epidemia Mundial de SIDA: Quanto Informe Mundial. Genebra.
- ONUSIDA (2003)** Situación de la Epidemia de SIDA. Genebra
- ONUSIDA (2002)** Uma Abordagem da Prevenção do SIDA no Local de Trabalho na Perspectiva dos Direitos Humanos. Código Sobre o HIV/SIDA e Emprego da Comunidade do Desenvolvimento da Africa Austral. Maputo, Moçambique.
- ONUSIDA (2000)** Colaboração com Médicos Tradicionais na Prevenção e Tratamento do HIV/SIDA na África Sub-Sahariana: Uma Revisão da Literatura. Genebra, Suíça.
- OMS (2003)** Iniciativa da OMS/Itália de Combate ao HIV/SIDA em Moçambique. Maputo, Moçambique.
- PELCZAR et al (1997)** Microbiologia: Conceitos e Aplicações. Vol I, 2ª Edição. Editora Markon Macron Books do Brasil.
- PIJNENBURG, Bart et al (2000)** Métodos e Técnicas de Investigação Sócio-Económico. UEM-Faculdade de Agronomia e Engenharia Florestal. Maputo, Moçambique.
- PISANI E (2003)** The Epidemiology of HIV at The Start The 21st Century: Reviewing The Evidence. Genebra. UNICEF.
- PNUD e MISAU (s/d)** GATV, o que é um gabinete de aconselhamento e testagem voluntária? Maputo.
- PSI (1998)** INPS (Inquérito Nacional Sobre a Prevenção do SIDA), Comportamento Sexual e Uso do Preservativo: Relatório Final. Maputo, Moçambique.
- RHODES, T et al (2002)** Behaviural Risk Factores in HIV Transmission in Eastern Europe and Central Asia (Projecto Inédito). Ginebra, ONUSIDA.
- SARDC/IDASA, (2005)** Financiando a Luta Contra a SIDA-Relatório Sobre. Maputo, Moçambique.
- UNAIDS. (1999)** A Review of Household and Community Responses to the HIV/AIDS Epidemic the Rural Areas of Sub-Saharan Africa. June 1999. Geneva, Switzerland. Visitado no dia 25/06/2005 em: <http://www.unaids.org/publications/documents/economics/agriculture/una99e39.pdf>.

UNICEF/ONUSIDA/OMS (2002) Los Jóvenes y el SIDA-Una oportunidade en un Moment Crucial. Nueva York.

UNFPA (2003) A situação da população mundial: mil milhões a não esquecer: investir na saúde e nos direitos dos adolescentes.

WALSA (2003) Feminização do SIDA em Moçambique: Estudo Piloto. Maputo, Moçambique.

WORLD BANK, (2001) World Bankd Development Report: Attaching Poverty. Oxford University Press, New York. Washington, D. C.

VAZ, RG et al (1992) HIV Seroprevalence among patients attending and STD clinic in Maputo, Mozambique. December 1992. Maputo, Mozambique. *Visitado, no dia 10/06/2005 em www.aegis.com.1992/dec/m92c1651.html.*

6. Anexos

Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Geografia
Curso de Geografia

Localização da Barbearia /Sal Cab (Bairro) _____ DM N _____ Cod _____

Nome do Proprietário _____

Nome do Barbeiro e/ou Cabeleireiro _____

Guião de entrevistas semi-estruturadas

1. Qual é a ocupação que tem para além de barbeiro e/ou cabeleireiro?
2. Será que tiveram alguma formação específica para executarem esta tarefa de cabeleireiro e/ou barbeiro?
3. O quê que estará por detrás da localização desta barbearia e/ou salão neste espaço?
4. Que tipo de trabalho vocês oferecem aos vossos clientes?
5. Que métodos de prevenção de certas doenças costuma a usar?
6. A onde é que adquiram estes conhecimentos?

Inquérito sobre o risco de contaminação do HIV através das barbearias e salões de cabeleireiro para jovens estudantes do 2º ciclo do ensino secundário do curso de diurno de 15-24 anos de idade.

Nº _____

Data: ___/___/05

A... Localização e Perfil do Entrevistado/a

1. Escola Sec _____ 1.1 Distrito Urbano Nº (DM 1)____ (DM 2)____; 1.2. Idade _____
3) Sexo: Feminino____; Masculino____ 4) Nível a frequentar: 11ª Classe____; 12ª Classe____
5) Estado civil: Solteiro____; Casado _____ 6) Morada/Bairro_____

B... Risco de Contaminação de HIV através das Barbearias e Salões de Cabeleireiros

1... A onde é que geralmente fazes o corte de cabelo?

1	No bairro	
2	Fora do bairro	
3	Em casa	

1.1... Se cortas fora do bairro onde/Que bairro? _____

1.2... Algum outro membro da família utiliza a mesma máquina?

1	Sim	
2	Nao	
3	Nao sei	

2... Qual dos cortes já fizeste na vida? O ponto 3 desta pergunta (barba) só respondem os estudantes do sexo masculino

	Cortes	Sim	Não
1	Careca		
2	Escovinha		
3	Barba		
4	Normal		

3... Qual dos cortes habitualmente fazes na barbearia ou no salão de cabeleireiro? O ponto 3 desta pergunta (barba) só respondem os estudantes do sexo masculino

	Cortes	Sim	Não
1	Careca		
2	Escovinha		
3	Barba		
4	Normal		

4... Quantos cortes costuma fazer durante o mês?

1	Um corte	
2	Dois cortes	
3	Mais	

5... Quanto tempo geralmente ficas na bicha a espera para fazeres esse corte?

1	3 Minutos	
2	5 Minutos	
4	Mais	

6... Alguma vez tiveste algum ferimento durante o corte de cabelo?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sei	

7... Em algum momento fizeste tatuagem?

1	Sim	
2	Não	

7.1... Onde é que fizeste?

1	Numa barbearia	
2	Num salão especializado para tal	
3	No bairro com amigos	

7.2... Usou algum material descartável?

1	Sim	
2	Não	
3	Não	

7.3... Tiveste alguma vez algum ferimento durante a tatuagem?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sei	

8... Alguma vez fizeste piercing?

1	Sim	
2	Não	

8.1... Onde é que fizeste?

1	Numa barbearia	
2	Num salão especializado para tal	
3	No bairro com amigos	

8.2... Usaste algum material descartável?

1	Sim	
2	Não	
3	Não	

8.3... Tiveste alguma vez algum ferimento durante o piercing?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sei	

9... Conheces outras pessoas que tiveram algum ferimento?

		Sim	Não
1	Durante o corte de cabelo		
2	Quando estavam a fazer tatuagem		
3	No momento que estavam a fazer piercings		

10... Já alguma vez fizeste Manicuri e Pedicuri no salão de cabeleireiro?

1	Sim	
2	Não	

10.1.. Onde é que fizeste?

1	Numa barbearia	
2	Num salão especializado para tal	
3	Com amigos	

10.2.. Se sim, sabes dizer se o salão utiliza lâmina descartável para fazer Manicuri e Pedicuri?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sei	

10.3... Sabes dizer se o barbeiro ou o cabeleireiro usa algum meio/método de limpeza dos instrumentos convista a reduzir o perigo de contaminação de certas doenças?

10.4.. Se sim, qual _____

11... Acreditas que se corre algum risco de contrair HIV através das barbearias e salões de cabeleireiro?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sei	

12...Porque?

Para responder à pergunta, escolha uma das opções: verdadeira/o, falsa/o, não sei, para cada afirmação que segue.

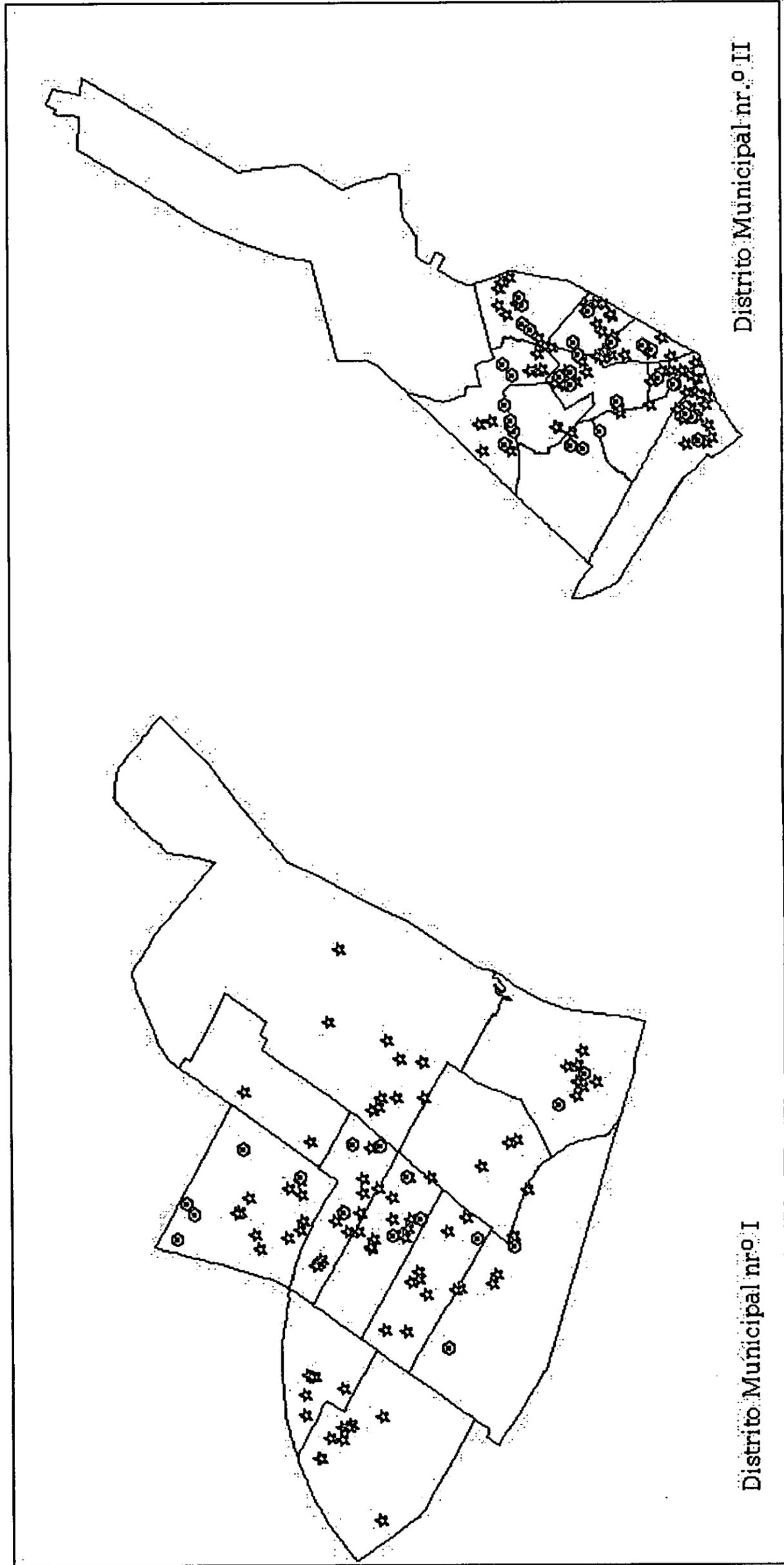
	Afirmações	Verdadeira	Falsa	Não sei
1	Porque as barbearias e salões de cabeleireiro não usam instrumentos cortantes descartáveis			
2	Porque as barbearias e salões de cabeleireiro não esterilizam os instrumentos cortantes que usam			
3	Porque as barbearias e salões de cabeleireiro não desinfectam os seus instrumentos cortantes			
4	As barbearias e salões de cabeleireiro não desinfectam devidamente os seus instrumentos de trabalho			
5	O desinfectante (álcool) usado nas barbearias e salões de cabeleireiro não se tem encontrado dentro do prazo de validade estabelecido			
6	O tempo da desinfecção praticado pelas barbearias e salões de cabeleireiro tem sido inferior a 1 minutos por causa da inchente que se tem registado registado, principalmente aos fins de semana			
7	As barbearias e salões de cabeleireiro têm uma máquina para cada funcionário o que dificulta a desinfecção adequada destes instrumentos cortantes			

Alguma observação que queira deixar:

Muito obrigado/a por teres dado a sua colaboração

Mapa 2: Distribuição espacial de salões e barbearias

DISTRIBUICAO ESPACIAL DAS BARBEARIAS E SALOES A NIVEL DOS DISTRITOS MUNICIPAIS



Legenda

- ⊙ Barbearia
- ★ Salão de cabeleireiro
- Área de estudo



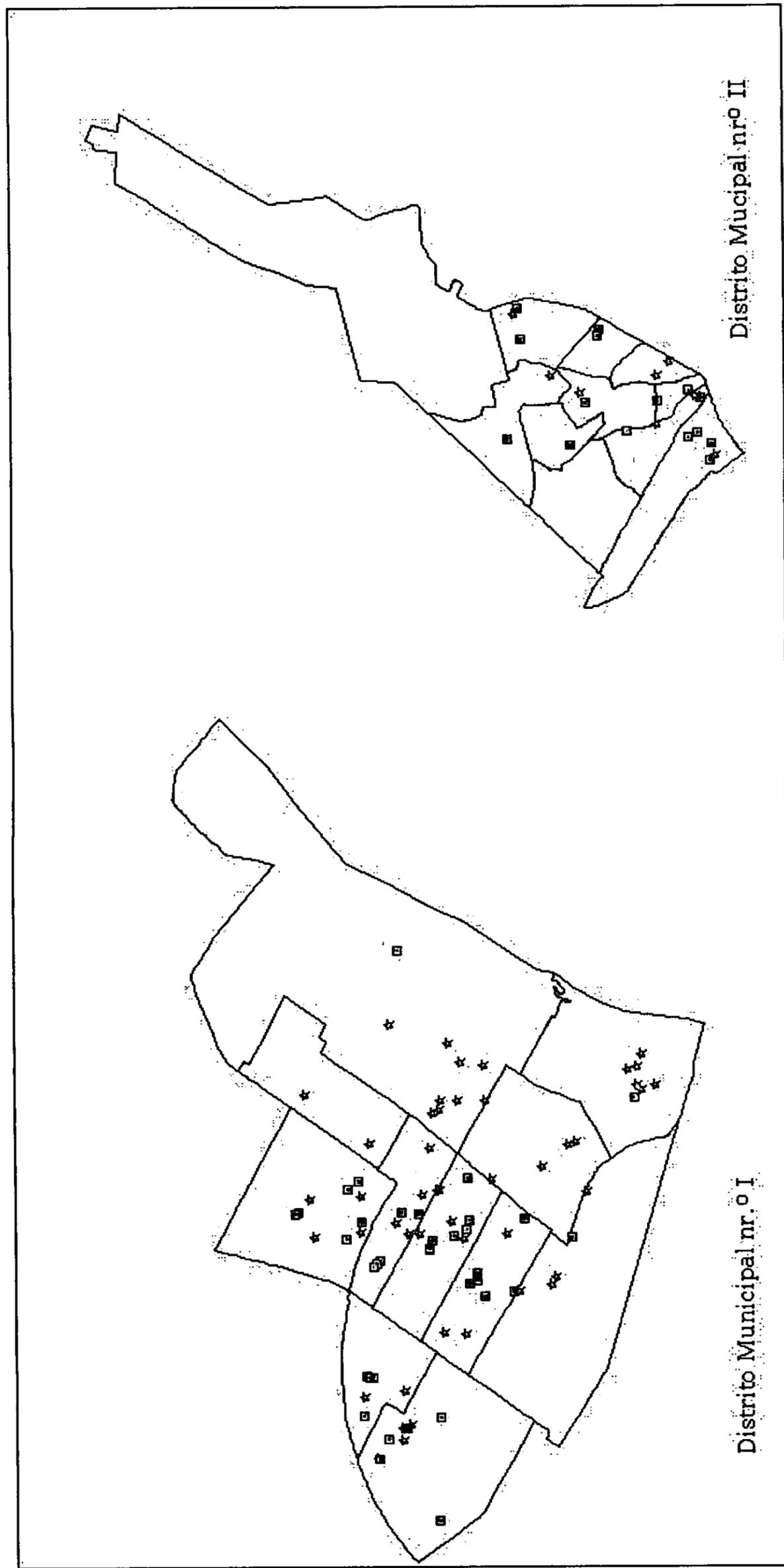
0.8 0 0.8 1.6 Kilometers

Distrito Municipal nº 0 II

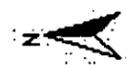
Fonte:
Mapa Base: D INAGECA
Layout: Vilichane, Celio
Maputo, 2005

Mapa 3: Distribuição espacial de salões de cabeleireiro segundo o tipo.

DISTRIBUICAO ESPACIAL DE SALOES DE CABELEIREIRO SEGUNDO O TIPO



- Legenda**
- ★ Salão Unisexo
 - Salão não Unisexo
 - Área de estudo

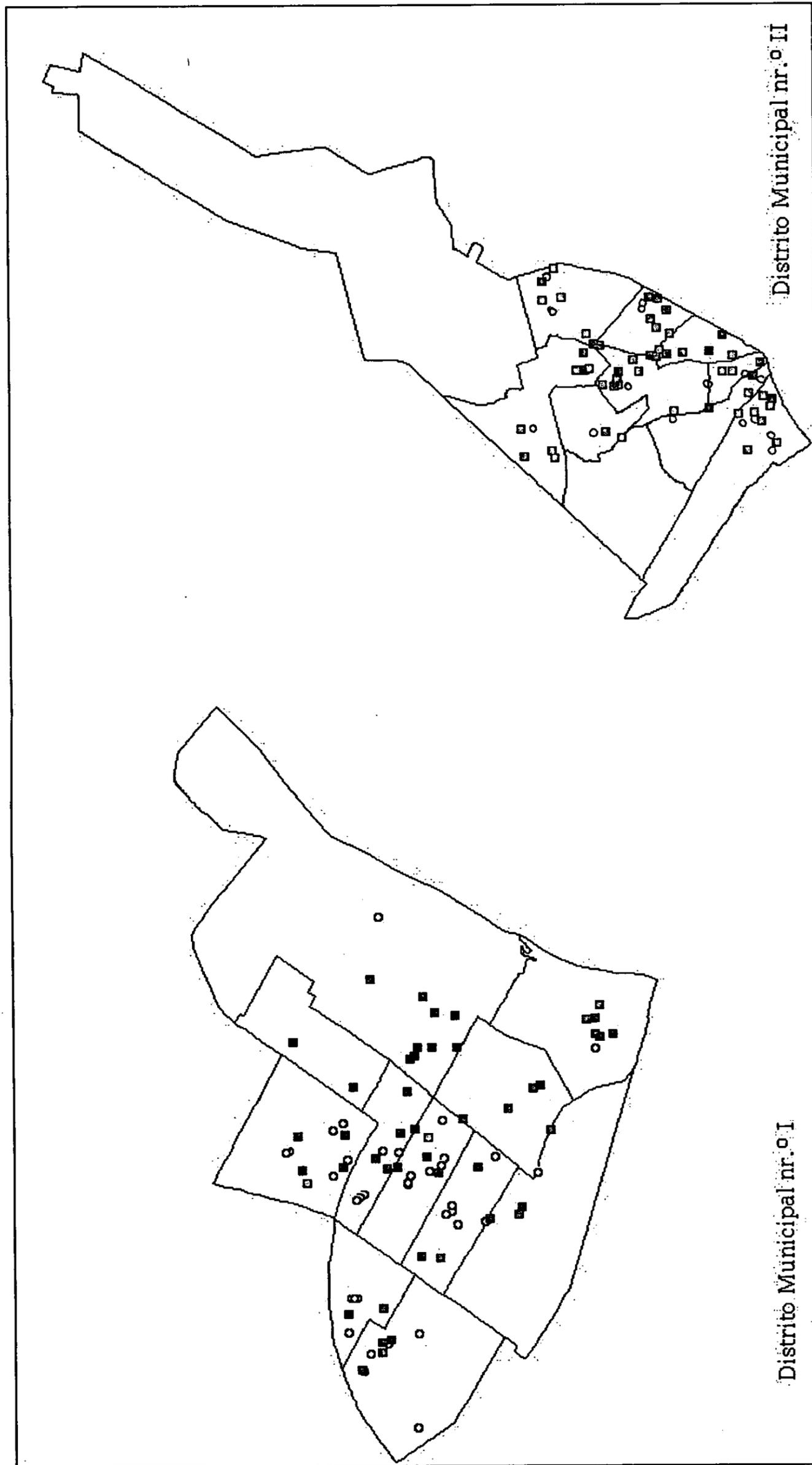


0.4 0 0.4 0.8 Kilometers

Fonte:
Mapa Base: DINAGECA
Layout: Vilichane
Maputo, 2005

Mapa 4: Distribuição espacial de salões de cabeleireiro segundo nível de risco

DISTRIBUICAO ESPACIAL DE SALOES DE CABELEIREIROS SEGUNDO NIVEL DE RISCO



Legenda

- Sem Risco
- Risco Medio
- Alto Risco
- Area de estudo



0 0.3 0.6 0.9 Kilometers

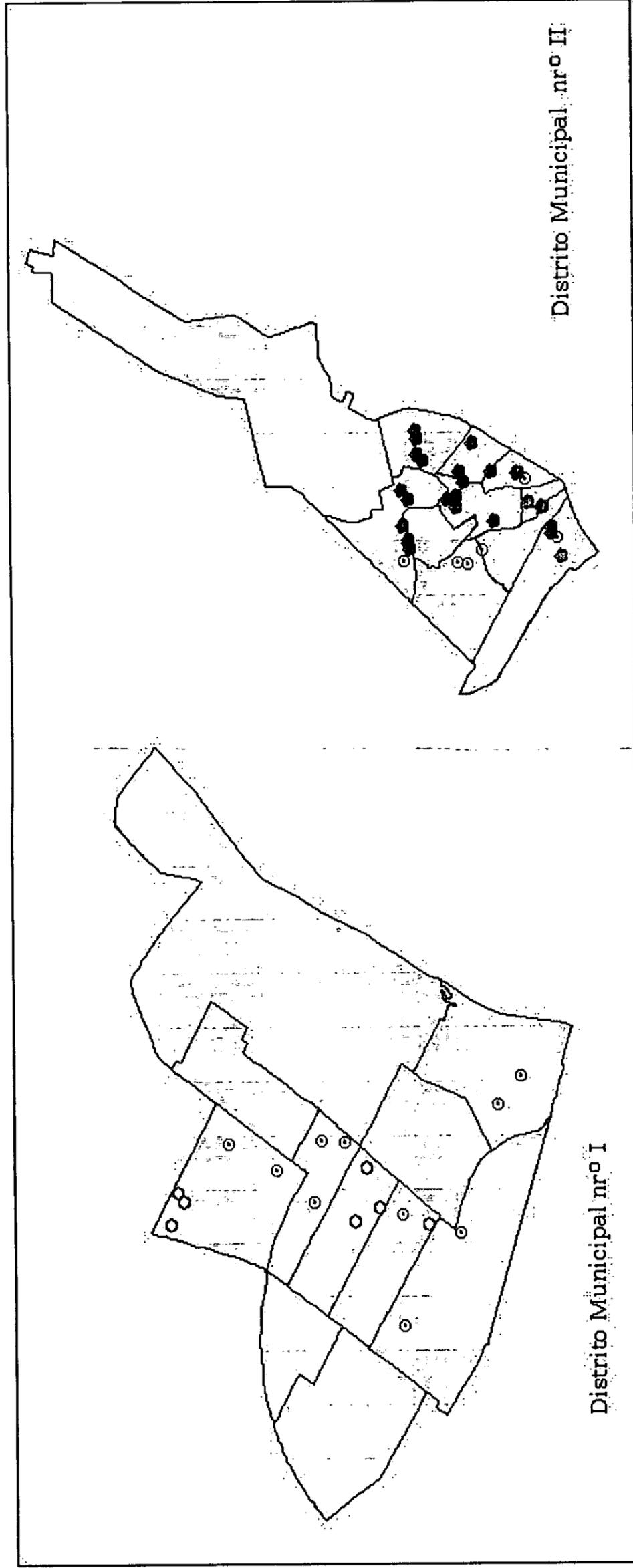
Fonte:

Mapa Base: DINAGECA

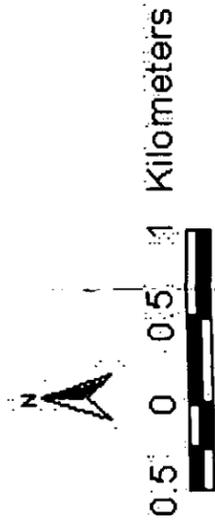
Layout: Vilichane, Celio

Mapa 5: Distribuição espacial das Barbeirarias segundo nível de risco

DISTRIBUICAO ESPACIAL DAS BARBEARIAS SEGUNDO NIVEL DE RISCO



- Legenda:**
- Barbeiria de risco medio
 - Barbeiria de risco alto
 - Area de estudo



Fonte:
Mapa Base: DINAGECA
Layout: Vilichane, Celio
Maputo, 2005