

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA

LICENCIATURA EM ANTROPOLOGIA

**ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA ADOPTADAS PELAS MULHERES
SEROPOSITIVAS: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ASSOCIAÇÃO DE
APOIO PSICOSSOCIAL VANGHANO VA INFULENE**

Autor:

Euclides Etelvino Marquele

Supervisora:

Sónia Seuane

Maputo, Junho de 2014

**ESTRATÊGIAS DE SOBREVIVÊNCIA ADOPTADAS PELAS MULHERES
SEROPOSITIVAS: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA ASSOCIAÇÃO DE
APOIO PSICOSSOCIAL VANGHANO VA INFULENE**

Autor

.....

Euclides Etelvino Marquele

Trabalho para a obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia

Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Universidade Eduardo Mondlane

Supervisora

Presidente

Oponente

Maputo, Junho de 2014

Declaração

Declaro que este trabalho de fim do Curso, nunca foi apresentado na sua essência, para obtenção de qualquer grau e que ele é resultado da minha investigação, por isso que está indicado no texto e na bibliografia as fontes utilizadas para a elaboração do mesmo.

Euclides Etelvino Marquele

.....

Dedicatória

À minha família pelo apoio inestimável que sempre me concedeu durante este percurso.

Aos professores, em especial a professora Sónia Seune pela paciência e pelo seu valioso contributo ao longo desta minha trajetória.

Aos meus colegas que juntos partilhamos dias, meses e anos inesquecíveis durante o decorrer do curso, e pelo companheirismo.

Agradecimentos

Chegado ao fim de um trabalho como este, refletimos o quanto somos auxiliados em nosso caminho de vida. Algumas pessoas foram indispensáveis e tenho a certeza de que elas sabem disso. Outras nos impulsionaram com críticas construtivas e também fazem parte de nosso investimento.

À Professora Sónia Seuane pelas sugestões, palavras de incentivo, atenção e orientação dispensadas na execução desta monografia.

Ao corpo docente do departamento de Arqueologia e Antropologia por todo conhecimento por eles transmitidos.

Aos meus colegas do curso pelo apoio e pelas ricas contribuições durante as aulas e na realização deste relatório.

Aos meus informantes da associação Vanghano Va Imfulene que pacientemente partilharam comigo as suas histórias de vida.

Agradeço deste modo a minha família pela paciência que teve em criar condições para a minha educação.

Aos meus amigos.

Obrigado pela vossa disponibilidade e paciência.

Abreviaturas

ACORDAgência para Cooperação e Pesquisa em Desenvolvimento

HIVVírus de Imunodeficiência Humana

MCA..... Challenge Account Moçambique

MISAU.....Ministério da Saúde

OMS.....Organização Mundial da Saúde

ONUSIDA.....Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA

PVHS.....Pessoas vivendo com HIV e SIDA

SIDA..... Vírus de Imunodeficiência Adquirida

Resumo

O presente relatório é um estudo de caso no qual faz -se análise das estratégias de sobrevivência adoptadas pelas mulheres da associação Vanghano va Infulene e têm como questão de partida: Que estratégias de sobrevivência as mulheres da associação Vanghano va Infulene adoptam para fazer face ao estigma e discriminação devido a sua condição desero positivas? Dados literários mostram que o estigma é caracterizado pelo silêncio, receio, discriminação e recusa do reconhecimento do seu estado de seroprevalência elevando o índice de propagação do HIV e SIDA. Esta conjuntura advém do facto da discriminação e estigma inibirem a prevenção, os cuidados e a assistência, aumentando o impacto da epidemia sobre os indivíduos, famílias, comunidades e nos países. Os dados levantados pela presente pesquisa mostram que perante a situação de estigma, rejeição e falta de apoio familiar os indivíduos estigmatizados adoptam comportamentos que caracterizam-se pela omissão do seu estado e tendem, juntar-se a outras que encontram-se na mesma situação formando redes de solidariedade. Em termos operacionais nestas redes de solidariedade prevalecem valores como espírito de interajuda no qual presta-se apoio moral e material através de empréstimos de valores monetários bem como a prática de *xitique*, que serve de suporte em situações inesperadas como doença e mortes.

Palavras – Chave: Estratégias de sobrevivência, estigma, família e redes sociais

Índice

Declaração	I
Dedicatória.....	II
Agradecimentos.....	III
Abreviaturas.....	IV
Resumo	V
1. Introdução e contextualização	1
2. Revisão da Literatura.....	6
2.1. Conceptualização.....	8
2.1.2 Estratégia de sobrevivência	8
2.1.3 Redes sociais.....	8
2.1.4 Estigmatização	9
3. Metodologia	10
4. Contexto do surgimento da associação de Apoio psicossocial Vhangano va Infulene.....	12
5. Apresentação e discussão dos resultados	13
5.1 Motivações da Procura dos Serviços da Associação Vanghano va Infulene.....	13
5.2 Estigma e Família	16
5.3 Relações de solidariedade e ajudas prestadas pela Associação e entre os membros da Associação Vanghano va Infulene.	18
5.4 Estratégias de sobrevivência adotadas pelas mulheres da associação.....	22
5.5 Percepções e Representações Sociais que as Mulheres têm em Relação a Associação Vanghano va Infulene	24
7. Referências Bibliográficas	30

1. Introdução e contextualização

“Muita gente que sofre de SIDA não morre dessa doença, mas morre devido ao estigma que rodeia todos os que sofrem do HIV e SIDA¹.”

A presente pesquisa é um estudo de carácter qualitativo que tem como objectivo proceder a análise das estratégias de sobrevivência adoptadas pelas mulheres pertencentes Associação de Apoio Psicossocial Vhangano va Infuleneface ao estigma e discriminação devido a sua condição de serem seropositivas.

O HIV e SIDA é um problema global, as estimativas indicam que cerca de 33.4 milhões de pessoas no mundo estão infectadas e a África Sub-sahariana na qual Moçambique faz parte representa 67% do total das infecções. Moçambique possui uma população de aproximadamente 20.366.795 de habitantes dos quais cerca de 52.3% é constituído por mulheres, sendo por isso o maior grupo populacional. Apesar da sua maioria, elas constituem o grupo menos desenvolvido sob o ponto de vista socioeconómico².

Do universo populacional do país, cerca de 1.6 milhões de pessoas vivem com o HIV e SIDA dos quais, 55.5% são mulheres e 9.2% são crianças menores de 15 anos. Portanto, as mulheres constituem o grupo mais passível pela contaminação do vírus do HIV (MCA-Moçambique 2010). São vários os factores que influenciam para elevadas taxas de prevalência entre as mulheres e podemos distinguir factores de ordem sócio-económicos, biológicos e culturais

Segundo Martins *at al* (2004) factores como pobreza, o acesso desigual aos recursos, o analfabetismo, valores morais e costumes, a dependência económica, as desigualdades de poder³ e autoridade na família, na comunidade e na sociedade em geral interagem entre si, influenciando negativamente para a subordinação da mulher em relação ao homem, reduzindo deste modo a possibilidade desta participar em pé de igualdade em assuntos referentes a sua vida, aumentando a vulnerabilidade da mulher ao HIV e SIDA.

¹ Comentário de Nelson Mandela na XIV conferência internacional sobre SIDA em Barcelona no dia 12 de Julho de 2002.

² Jornal O País do dia 01 de Dezembro de 2009, pag 02.

³O poder deve ser compreendido de forma ampla, para além da esfera afectiva-sexual de género. Implica em ter acesso aos serviços de saúde, emprego e salários decentes, moradia, condições adequadas para criar os filhos e segurança pública, entre outras questões.

Para além da vulnerabilidade social e económica que são determinantes à infecção pelo vírus do HIV e SIDA, a mulher é também biologicamente vulnerável devido à constituição dos órgãos genitais femininos, uma vez que estes possuem maior superfície mucosa exposta em relação aos genitais masculinos, o que aumenta a possibilidade de sofrerem lesões ou lacerações durante o acto sexual, facilitando a entrada do HIV(Taela 2006: 22).

A vulnerabilidade feminina pode também ser identificada como produto de vivências que inclui processos de pauperização, de construção de papéis sociais, a naturalização destes, o baixo nível de escolaridade, a falta de oportunidades e alternativas de vida são alguns dos indicadores que ameaçam o bem-estar, segurança de muitas mulheres.

Como ilustra Osório (1998:67-68), a mulher é o elemento central nas relações sociais de parentesco (ela é a chave das estratégias) mas também é o elemento mais marginal (nas relações de poder que se estabelecem, ela é fixada em funções e posições desiguais e discriminatórias).

Para Santos (2011), a dominação sexual masculina é o preconceito gerado pelo modelo patriarcal e o senso comum que o alimenta e reproduz. A persistência histórica desta cultura é tão forte que nas regiões do mundo em que ela foi oficialmente superada pela consagração constitucional de igualdade sexual, as práticas quotidianas das instituições e das relações sociais continuam a reproduzir o preconceito e a desigualdade.

Com o diagnóstico do primeiro caso de infecção por HIV e SIDA no país em 1986 como resposta à descoberta do SIDA, iniciaram em 1987 os primeiros estudos epidemiológicos entre a OMS, em coordenação com o MISAU, a preparação dos primeiros estudos sobre a doença. (Manuel 2011).

Foi no âmbito dos resultados desses estudos e dando seguimento à estratégia global de luta contra SIDA da OMS que o MISAU se mobilizou para desenhar o primeiro programa de combate ao HIV e SIDA, sob clara orientação e concepção de consultores da OMS (Manuel 2011:336).

Estudos recentes mostram que a situação da pandemia do HIV e SIDA agrava-se em parte pelo fraco acesso aos serviços sociais básicos, a fragilidade dos programas adequados de comunicação face a mudança de comportamentos, atitudes e práticas, bem como o não uso consistente do preservativo que foi definido como o elemento central do combate ao HIV e SIDA.

O MCA-Moçambique (2010) reconhece que no país em geral e nas regiões “centro e norte” particularmente, o crescimento das novas infecções pelo HIV e os impactos que elas representam na vida das comunidades, impõem a cada um dos actores de desenvolvimento a implementação de acções voltadas para a redução dos índices de contaminação do vírus causador do SIDA e mitigação dos impactos na vida das pessoas infectadas e directa ou indirectamente afectadas pela pandemia.

Os factores associados para a elevação dos índices de infecções pelo HIV e SIDA podem ser de índole social, cultural e estrutural (como por exemplo a grande mobilidade e migração populacional e as desigualdades do género) e comportamentais (como são os casos da violência de género e sexual, consumo de álcool e droga, o estigma e a falta de comunicação sobre sexualidade, sexo e SIDA no seio da família (Idem 2010:9).

O MISAU (2001) e o MCA-Moçambique (2010) revelam que o aumento progressivo de novas infecções e doença estão também ligados com a feminização da pandemia, indicam ainda uma maior probabilidade das pessoas poderem se infectar, adoecer ou morrer pelo HIV e SIDA dado o conjunto de certas características individuais e sociais que fazem com que uma pessoa tenha maior ou menor chances de se expor à infecção e de desenvolver a doença.

Gune (2008) evidencia no seu estudo que mesmo o preservativo que foi colocado como centro das estratégias de prevenção do HIV e SIDA e gravidezes não planificadas, na prática não se verifica o uso consistente do mesmo, porque os pressupostos sociais tendem a considerar que as relações sexuais socialmente aceitáveis são por si seguras excluindo o seu uso.

Aliado a isso está o facto de o preservativo feminino, um método em princípio sob o controlo das mulheres, é ainda uma interrogação, dadas algumas questões preocupantes: o alto custo e as características do seu manuseio que exigem um acompanhamento por profissionais de saúde (Barbosa 1993).

Como refere Arthur (2004) a posição desfavorável em que algumas mulheres se encontram em relação aos homens deve-se à incapacidade de negociação dela referente ao sexo e em relação ao uso ou não de métodos de prevenção como a abstinência, fidelidade e uso de preservativos pois, a decisão de usar ou não os métodos estão sob critério dos homens (2004:18). Araújo (2009) na mesma linha de pensamento de Arthur (2004), mostra que a subordinação da mulher está ligada à história em que muitas mulheres estão inseridas numa estrutura patriarcal que direcciona ao casamento e a submissão. Salientam ainda que instituições como família, igreja funcionam como pilares fundamentais na manutenção do “homem modelo” em que tudo relacionado com ele é sobrevalorizado.

O poder em geral nas sociedades africanas emerge como eminentemente masculino onde os grupos patrilineares, os homens em tanto que líderes políticos e religiosos asseguram a defesa da linhagem, preservam a sua unidade e mantêm a ordem social, o que lhes confere poder e autoridade (Loforte 2000:17). Este processo de negociação enquadra-se nas relações de poder que se estabelecem durante a relação social, e implica que as partes em negociação disponham do mesmo capital para que este seja um processo justo.

Osório (1998), por sua vez, mostra que a idade e o sexo são elementos estruturantes das relações sociais que se estabelecem entre diferentes membros da família. Por isso que a pertença a um sexo determinado define a forma como no seio da família se divide o trabalho, as competências e a forma como se constroem, transmitem e legitimam os valores.

Associada a esta posição desvantajosa da mulher está o facto de em determinados contextos do país haver uma disseminação de práticas sexuais com múltiplos parceiros concorrentes e ritos de iniciação que fomentam casamentos prematuros. Autores como Loforte (2000), Blessa (1990) e Bayer (1994) afirmam que as práticas culturais como ritos de iniciação, as relações desigualitárias de género e acesso limitado das mulheres aos recursos, contribuem para a submissão da mulher.

Blessa (1990) e Bayer (1994), mostram que os conhecimentos e valores transmitidos durante a iniciação (educação sexual), contribuem para a submissão da mulher pois, elas são ensinadas a ter relações sexuais com os maridos assim que eles quiserem, não tomando em consideração a vontade da mulher. Blessa (1990) refere ainda que aos homens, de acordo com os ensinamentos

transmitidos na iniciação têm total liberdade de manter relações sexuais com qualquer mulher e em qualquer circunstância excepto casos em que as mulheres estejam em período menstrual, o que de certa forma é um indicador da dominação masculina.

Perante esta fraca capacidade de negociação das mulheres em relação ao sexo, MISAU (2001) defende que esta conjuntura social tem contribuído para o aumento dos índices de infecção de HIV e SIDA entre a população feminina proporcionando situações que vão desde a discriminação e exclusão social pois, quando existe um desequilíbrio nas relações de poder, quer sejam elas de ordem económica, de género, papel social, não se fala nem se negocia. Para Barbosa (1999) a ideia de negociação sexual enquadra-se nas relações de poder que se estabelecem durante a relação social, e implica que as partes em negociação disponham do mesmo capital para que este seja um processo justo.

Se de um lado estudos do MISAU (2001), Barbosa (1999) e outros se preocuparam em demonstrar a fragilidade social das mulheres perante os constrangimentos culturais, eles negligenciaram as estratégias usadas pelas mulheres para a sua sobrevivência. Desta forma nos interessa explorar as estratégias de sobrevivência adoptadas pelas mulheres da associação Vanghano va Infulene face à exclusão social e acesso de recursos para sobrevivência perante a pandemia do HIV e SIDA? Como afirma Osório, falar da subordinação da mulher torna-se problemático quando se verifica maior envolvimento da mulher na esfera pública, permitindo o acesso aos recursos não claramente controlados pelo poder masculino. A mulher tem-se notabilizado tanto no mercado informal, potenciando o surgimento e a importância de novas relações sociais de inter-ajuda ou no quadro do mercado de trabalho (1998:68).

Este trabalho está estruturado por capítulos distintos sendo: O primeiro engloba a introdução na qual contém a contextualização e a problemática do trabalho. O segundo capítulo trata da revisão bibliográfica na qual iremos mostrar as abordagens existentes sobre o assunto em análise. Cabe também nesta parte, definirmos os principais conceitos como estigmatização e estratégias de sobrevivência. No terceiro e último capítulo iremos apresentar os resultados do trabalho de campo, começando com a descrição da Associação Vanghano va Infulene. Mostraremos também as motivações que levam as mulheres a juntarem-se a associação Vhanghano va Infulene.

2. Revisão da Literatura

Neste capítulo apresentaremos a discussão dos autores sobre a problemática do HIV e SIDA com enfoque para estigmatização, discriminação, factores sociais, económicos, culturais e biológicos que contribuem para a vulnerabilidade da mulher.

De acordo com ACORD (2004) no contexto do SIDA, o estigma pode ser simplesmente definido como ideias negativas sobre uma pessoa ou grupo, baseado numa posição preconcebida. O estigma e a discriminação estão intimamente ligados e são frequentemente mencionados em simultâneo embora tenham significados diferentes.

Segundo Taela (2004), a estigmatização e discriminação são atitudes frequentes em relação às Pessoas que vivem com o HIV e SIDA, (ou presumidas como tal) e estendem-se aos seus parentes e à aqueles que lhes prestam cuidados. Em Moçambique, as associações de PVHS, continuam a ser muito estigmatizadas. Isto se deve a numerosos factores, nomeadamente, a falta de conhecimentos sobre a doença, mitos e tabus acerca da sexualidade e da saúde sexual e reprodutiva, convicções religiosas, a noção de doença e saúde, assim como à falta de tratamento, etc.

O facto de em Moçambique, a principal forma de transmissão do HIV ser a relação sexual reforça a crença errada de que a contracção do HIV está relacionada com um comportamento sexual reprovável. A partir daqui, as PVHS são classificadas e estigmatizadas como pessoas de comportamento sexual promíscuo, enquanto as outras formas de transmissão, tais como a transfusão de sangue, são simplesmente ignoradas. Deste modo, o estigma relacionado com a doença assenta em ideias associadas ao desprezo e/ou falta de respeito pelos valores morais (Taela 2004:9).

Taela (2004) mostra ainda que ao longo da história, as sociedades reagiram com medo às doenças consideradas transmissíveis, às que desfiguram o doente, às que são debilitantes e mortais, (como por exemplo, a lepra e a tuberculose) e traduziram esta aversão em acções discriminatórias contra os infectados.

O estigma e a discriminação são problemas diários para as pessoas infectadas e afectadas pelo HIV. O medo do estigma e da discriminação associado a ele, afecta, por exemplo a decisão de fazer o teste, de partilhar seus temores com a família, amigos ou colegas. Quando a pessoa sabe que é seropositiva, tem receio de revelar este facto. A UNAIDS (2001) defende que as “diferenças indesejadas” e as “identidades deturpadas” que o estigma relativo ao HIV e SIDA causa, não surgem naturalmente, são criados pelos indivíduos e pelas comunidades. O estigma relacionado com o HIV e SIDA é construído sobre preconceitos e reforça-os, favorecendo e reforçando as desigualdades sociais, especialmente de género, sexualidade e raça.

O estigma relacionado com o HIV e SIDA deriva também da sua associação com muitas funções elementares da experiência humana: sexo, sangue, doença e morte. Ele está também associado ao comportamento individual que pode ser considerado ilegal ou proibido pela religião ou por ensinamentos retrógrados, tais como relações sexuais antes ou fora do casamento, no sexo comercial, homens que tem relações sexuais com homens, e o uso de droga intravenosa (Idem 2001:3).

Em África, tal como em outras partes do mundo, o estigma resulta da rejeição, negação e descrédito, e por conseguinte conduz a discriminação que frequentemente e inevitavelmente se resvala na violação dos direitos humanos particularmente no que se refere à mulheres e crianças.

A UNAIDS(2001) aponta como mecanismo de superação de estigma e discriminação a adopção de estratégias complementares dentro da família e das comunidades, organizações religiosas e diversos meios de comunicação social, tanto para impedir que se formem pensamentos prejudiciais como para abordar ou corrigir a situação em que o estigma leva à discriminação, consequências negativas ou negação de direitos ou serviços.

2.1. Conceptualização

2.1.2 Estratégia de sobrevivência

O conceito de estratégia tem tido uso recorrente em ciências sociais e ele tem múltiplas definições e sentidos. Contudo, neste trabalho iremos considerar a definição de estratégias dada por Costa e Rodrigues (2002), segundo a qual estratégias designam um conjunto de acções desenvolvidas por indivíduos particulares, grupos sociais ou instituições. O conceito de estratégia remete-nos aos papéis desempenhados pelas entidades sociais, colectivas como família, instituições e organizações governamentais e não-governamentais na capacidade de desenvolver acções, atitudes positivas no apoio aos portadores de HIV e SIDA.

É neste sentido que para além das instituições como Vanghano va Infulene e outras, a família também tem um papel preponderante na garantia de sobrevivência, continuidade biológica e social dos indivíduos. É no seio desta instituição que se dá as primeiras manifestações de apoio, afecto, respeito ou de exclusão ao tomarem conhecimento de que um dos elementos da família está infectado pelo HIV.

Como ilustra Osório (1998), falar de família é falar de contextos históricos, sociais determinados e de modo como os espaços, os tempos históricos constroem formas específicas de reprodução social com conteúdos e manifestações diferentes. Ela pode nos remeter a um lugar de cooperação/conflito e de partilhas, onde pessoas de gerações diferentes, partilham um espaço, um orçamento, trabalho, afecto (e quando falamos em afecto, também nos referimos ao oposto a este desafecto), cuja função principal é a reprodução biológica.

2.1.3 Redes sociais

O conceito de redes sociais permite observar a complexidade e a riqueza dos laços assim como a dinâmica das interacções desenvolvidas no seio da associação Vanghano va Infulene.

O conceito de redes sociais para Maia (2002) é uma estrutura social composta por pessoas e organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações, partilhando valores e objectivos comuns.

É neste âmbito que as redes são constituídas como resultado de estratégias e são recursos dos indivíduos em resposta aos diferentes desafios que enfrentam no seu dia-a-dia e no caso concreto são formados através da relação de confiança que existe entre as pessoas.

2.1.4 Estigmatização

Existe um grande e crescente corpo de literatura que procura definir e analisar a natureza do estigma, não só em relação ao HIV mas também em relação a outras doenças estigmatizadas tais como a lepra, epilepsia, TB⁴ e diversas formas de deformação física e doença mental. Segundo ACORD⁵, estigma é uma resposta negativa real ou percebida através de uma pessoa ou pessoas, comunidades ou sociedades. Ele é caracterizado por rejeição, recusa, descrédito, desconsideração, sub-valorização e distância social. Ainda leva frequentemente à discriminação e à violação dos direitos humanos” (2004:9).

Pode-se ler na definição de ACORD (2004) que estigma designa uma marca em alguém ou em um grupo de pessoas. As pessoas estigmatizadas são encaradas de forma negativa pelas demais e frequentemente são discriminadas. Por exemplo, pode lhes ser negado o direito ao trabalho, à educação, moradia ou serviços de saúde.

Goffman(1993), afirma que o conceito de estigma desempenha um papel central na produção e reprodução das relações de poder e de controlo em todos os sistemas sociais. Acrescenta ainda que o estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam superiores.

O conceito de estigma dá-nos a percepção da existência da desvalorização, desigualdades sociais, exclusão social e discriminação por parte das pessoas que se julgam superiores ou normais em relação as outras. Como é demonstrado nos estudos da ACORD, o estigma constitui um fenómeno altamente complexo e é manifestado em todas as esferas da sociedade desde dentro de casa, comunidade, local de trabalho, centros de saúde e muitas vezes é interiorizado no seio do indivíduo.

⁴ Tuberculose

⁵ Agência para Cooperação e Pesquisa em Desenvolvimento.

3. Metodologia

A realização da presente pesquisa obedeceu parâmetros estabelecidos nos manuais de metodologia das ciências sociais. O primeiro passo consistiu na pesquisa bibliográfica o que nos possibilitou encontrar as linhas de discussões sobre o objecto em análise. Esta etapa foi realizada na biblioteca do departamento de Arqueologia e Antropologia, biblioteca Central Brazão Mazula, Ministério da Mulher e Acção Social e pesquisas na internet.

O segundo passo comportou a recolha de dados, análise e interpretação dos mesmos. A recolha de dados foi feita com recurso às entrevistas não estruturadas e a observação não participante. Neste contexto foram realizadas 10 entrevistas não estruturadas de carácter informal num intervalo temporal de quatro meses ou seja de Agosto ao mês de Novembro de 2011. Contudo, dada insuficiência de dados verificados aquando enquadramento do trabalho em tópicos, o trabalho de campo⁶ teve que continuidade em 2012 tendo durado apenas um mês que corresponde ao mês de Fevereiro.

As mulheres pertencentes a associação Vanghano va Infulene, funcionários da associação (psicólogos, agentes administrativos) constituíram o grupo alvo da nossa pesquisa. Das dez entrevistas realizadas no seu total, sete foram realizadas à mulheres, das quais quatro descreveram o percurso que marcou a sua entrada na associação bem como os motivos que estiveram por detrás da sua adesão a mesma.

Como documenta Marconi & Lakatos (2007), as entrevistas não estruturadas são uma técnica na qual o entrevistador tem a liberdade de se envolver em cada situação e em qualquer direcção que considera adequada. Neste tipo de entrevista as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal. Burgess (2001) na mesma linha de pensamento, mostra que as entrevistas não estruturadas são conversas com objectivo de obter um conjunto de conhecimentos acerca do modo de vida das pessoas.

⁶Giumbelli (2002) mostra que o trabalho de campo consiste em um ritual de passagem obrigatório na formação de um antropólogo.

Foi neste sentido que privilegiamos esta tipologia de entrevista como forma de deixar os nossos informantes mais a vontade dado que se tratava de um assunto delicado. As entrevistas numa primeira fase foram realizadas dentro da associação Vanghano va Infulene e posteriormente na residência dos nossos informantes.

A realização da nossa pesquisa teve como constrangimentos a recusa das mulheres em ceder dados sobre a sua trajectória de vida pelo facto de, desconfiarem da finalidade das informações por nos solicitada apesar de nos termos identificado mediante a exibição do cartão de estudante e a credencial. Outro constrangimento esteve relacionado com o facto da pandemia do HIV e SIDA constituir um tabu como tal este é pouco falado em espaços públicos constituindo um entrave na abordagem do tema.

Chegado à associação, foi nos exigido documentos que comprovássemos a nossa identidade como estudantes e os propósitos da realização da pesquisa tendo na ocasião apresentado o cartão de estudante e a respectiva credencial. Ultrapassadas as questões administrativas, iniciamos como processo de entrevistas. Estas foram bastante relevantes na medida em que nos permitiu obter informações sobre aspectos relacionados com as trajectórias de vida bem como as dificuldades de relacionamento e a falta de apoio por parte da família. De salientar que não nos foi permitido fazer o uso do gravador pelo facto dos nossos informantes sentirem-se expostos e por essa razão não citamos durante as entrevistas os seus nomes como parte da exigência das mesmas para a realização da pesquisa.

Ainda no âmbito da recolha de dados, aliamos as entrevistas não estruturadas à observação não participante. Esta técnica de pesquisa permitiu-nos observar as actividades desenvolvidas pelas mulheres da associação Vanghano Va Infulene e a ajuda prestada pela associação no processo de superação de estigmas.

4. Contexto do surgimento da associação de Apoio psicossocial Vhangano va Infulene

A associação VhanganoVa Infulene é uma organização não-governamental fundada em 2001 sem fins lucrativos com autoridade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial que tem como objectivo oferecer apoio psicossocial a grupos vulneráveis tais como doentes mentais, alcoólatras, dependentes químicos, para além de prestar assistência a mulheres vivendo com o HIV e SIDA. Dum modo geral esta associação presta apoio a grupos vulneráveis.

O quadro administrativo da associação Vhangano va Infulene é constituído por psicólogos e técnicos de psiquiatria que prestam ajuda as mulheres portadoras de vírus de HIV e SIDA. A prestação de ajuda é feita a partir da promoção de sessões de terapia de grupo no qual as mulheres contam os seus dilemas mediante a presença de um psicólogo. As actividades do pessoal administrativo consistem em visitas semanais nas casas de mulheres que fazem parte da associação.

A ajuda proporcionada pela associação não cinge apenas na prestação de ajuda de carácter psicológico, ela privilegia actividades de carácter económico como são o casos da promoção de actividades de geração de rendimento como a produção de frangos, produção de ovos e horticulturas bem como a promoção de campanhas de sensibilização à população com vista a luta contra o uso de drogas assim como campanhas contra a violência doméstica centradas na mulher e criança.

Grande parte das mulheres que procuram os serviços da associação de apoio psicossocial tiveram uma experiência de estigmatização. Estas mulheres na sua maioria não desenvolvem actividades no sector formal ou não têm um emprego formal, estando neste caso no sector informal a desenvolver actividades como a venda de frangos, bebidas, e outros produtos nos diversos mercados municipais da cidade de Maputo e Matola e em alguns casos nas suas próprias residências. Além da venda de frangos, bebidas, algumas delas se dedicam à venda de hortícolas nos mercados municipais de Xiquelene, Zimpeto e mercado Central, assim como nas ruas como vendedeiras ambulantes e outras se dedicam à venda de carvão vegetal, e algumas confeccionam e vendem comidas nas suas residências.

5. Apresentação e discussão dos resultados

5.1 Motivações da Procura dos Serviços da Associação Vanghano va Infulene

Este tópico trata das motivações da procura dos serviços da associação Vanghano va Infulene e das trajetórias de vida dos membros da associação de apoio psicossocial.

Pelos relatos de histórias de vida das nossas entrevistadas, distinguimos uma diversidade de motivações que levaram as pessoas a procurarem os serviços da associação Vanghano va Infulene. A procura dos serviços da associação Vanghano va Infulene deve-se por um lado ao facto de grande parte das nossas informantes não encontrarem apoio por parte de alguns parentes. Perante esta situação, recorreram a associação para busca não só do apoio psicossocial, como também de recursos para sua sobrevivência. Mais da metade das mulheres entrevistadas afirmaram que a falta de apoio, sobretudo da família, levou-lhes a procurar ajuda na associação conforme o depoimento abaixo:

“ (...) Eu sou casada, vivia com meu marido há mais de 16 anos, a nossa relação sempre foi boa mas tudo mudou quando ele conheceu outra mulher mais nova do que eu. Quando fiquei doente ele acusou-me de eu ter lhe trazido a doença por isso abandonou-me. Vive com essa mulher.” (Relato de uma mulher de 37 anos).

Outra entrevistada frisou o seguinte:

“Sou solteira e mãe de dois filhos, vivo com os meus irmãos, os nossos pais vivem em Inhambane. (...) Tínhamos boa relação de convivência mas tudo mudou quando fiquei doente de Tuberculose e daí passamos a ter constantes discussões e separação de panelas.” (Relato de uma mulher de 26 anos).

Nesses depoimentos percebe-se que o fenómeno da discriminação e a falta de apoio por parte de parentes criam situações de isolamento o que faz dessas mulheres vulneráveis ao ponto de procurar outras formas ou alternativas para a sua sobrevivência, como é o caso de se juntarem ou se filiarem à associação.

Durante o processo de integração das mulheres a associação, para além do apoio e orientações dos psicólogos, elas têm contado com o contributo doutras mulheres que também se juntaram à associação por outras motivações a destacar o carácter das actividades desenvolvidas na

associação (criação de frangos e produção de hortícolas) essas mulheres acabam partilhando experiências de vida.

Nesse processo de interacção podemos constatar que existem depoimentos que encorajam a superação do estigma, discriminação e exclusão social que a maioria das informantes é vítima por parte da família e dos demais que os rodeiam.

A associação desenvolve outras actividades para além de apoiar mulheres portadoras de HIV e SIDA. O apoio dos dependentes de drogas faz com que a associação preste serviços para homens e mulheres, embora as mulheres sejam as que mais se aproximam a associação. A falta de apoio da família por um lado, e por outro lado, a acusação da família pela atribuição da culpa as mulheres quando há doenças na família, faz com que algumas dessas mulheres se juntem à associação, conforme revelou um dos nossos entrevistados:

“Com a morte do meu marido, a família dele atribuiu a culpa em mim, Sabe, fiquei com a fama de malvada, egoísta e de alguém que destruiu a vida dele. Sentia-me injustiçada pois, eu não sabia como havia contraído a infecção ou o HIV e SIDA porque eu só mantinha relações sexuais com ele” (Relato de uma mulher de 42 anos).

Noutros casos, as mulheres procuram os serviços da associação como forma de se refugiarem da incompreensão dos familiares e os demais que com elas convivem. As mulheres procuram os serviços da associação em busca de ajuda de índole psicológica para a superação de estigma, discriminação sofrida como se pode notar no depoimento da informante abaixo:

“Dada a minha condição de seropositiva, fui abandonada pela minha família, meus amigos e vizinhos. O que me deixou mais triste foi ser abandonada pelos meus próprios filhos e isso me deixou tão deprimida, desesperada que só melhorei quando uma psicóloga vizinha apercebeu-se da minha situação e convidou-me para que fosse ter com ela na associação Vanghano va Infulene” (relato de uma mulher de 49 anos).

Como consequência, as pessoas vivendo com o vírus (PVHS)⁷ enfrentam o rancor, isolamento, ridicularização, e muitas vezes, é-lhes renegado o acesso aos seus direitos e aos serviços básicos. Essas atitudes e comportamentos não apenas infringem o respeito e dignidade, mas elas também

⁷Pessoas vivendo com o HIV e SIDA

actuam com um forte desincentivo para elas fazerem uso de quaisquer serviços existentes por medo de serem ‘rotulados’ (ACORD 2004:4).

Algumas depois de tomarem conhecimento da sua condição acreditando e esperando ter apoio por parte da família, sentiram-se frustradas por traduziram isto como traição da parte da própria família, amigos com os quais pensavam que podiam contar com ajuda deles. Sendo assim, tiveram que arranjar formas para poder evitar cair na desgraça ou em desespero, como ilustra o exemplo a seguir:

“ Quando a doença do HIV e SIDA começou a atacar-me, fui ao hospital na companhia de uma amiga onde fiquei hospitalizada durante cinco dias. Quando sai do hospital, já de regresso a casa fui maltratada de tal forma que tive vontade de me suicidar. Mas graças a minha amiga que me levou à associação. Estou viva até hoje, devo tudo a ela, não sei o que seria ou teria acontecido comigo se não fosse por ela” (mulher de 33 anos).

Há casos que depois de a família tomar conhecimento de que um membro é seropositivo ainda que mantenham a pessoa em casa, esta é directamente vítima de estigma, o que faz com que ela procure os serviços da associação como forma de ganhar um lugar em que possa se sentir tranquila e com quem partilhar os seus problemas.

“ Quando os sinais do HIV começaram a se manifestar em mim, posso dizer que a minha família não me abandonou de forma directa, mas indirectamente começou a separar a louça, eu tinha coisas que só deviam ser usadas por mim e foi este o motivo ou a forma de me tratarem que me deixou totalmente desesperada, não consegui suportar, por isso tive que procurar apoio na associação” (Mulher de 25 anos).

Uma delas afirmou que o que esperava da família já não era algo que a surpreendesse pois, antes de ser diagnosticado o HIV, a relação era tensa entre eles. O que mais lhe deixou em desespero não foi o tratamento dado pelas família, mas sim o facto dos próprio marido, a pessoa com a qual podia contar, ter-lhe abandonado no momento em que mais precisava dele como ilustra o exemplo que se segue:

“Não sei se errei por ter tomado a iniciativa de ir fazer o teste porque estava constantemente doente e o teste deu positivo, fui informar ao meu marido. Ele recusou-se em aceitar mas tempos depois acabou aceitando e fomos juntos ao hospital. Ele fez o

teste e também deu positivo. Num dia fui visitar minha tia que acabava de ter um filho, fiquei lá dois dias e quando regressei para casa ele já não estava em casa e não sei do paradeiro dele até hoje” (Relato de uma Mulher de 37 anos).

Neste capítulo foi possível perceber que a desvalorização que advém da condição de ser seropositivo leva conseqüentemente à frustração de forma diferenciada. Os relatos confirmam a situação estigmatizante como marca dolorosa para as mulheres.

5.2 Estigma e Família

O ser humano nasce em uma situação de extrema dependência e tem de ser atendido e alimentado porque não tem como se defender. É o ser da natureza que mais precisa de ajuda do seu semelhante para tornar-se independente e seguro (Ramos 1990). É neste sentido que por uma questão de sobrevivência os homens precisaram unir-se em grupos para sobreviver.

Falar de família nos dias actuais é uma tarefa muito complexa pelo facto de, actualmente esta, ser caracterizada por abalos internos, com marcantes ingerências externas, apesar destas mudanças extremamente significativas na configuração social da família continua sendo a instituição que garante a sobrevivência, crescimento até é possível perceber o papel que esta desempenha.

Apesar das mudanças extremamente significativas na configuração social a família continua sendo a instituição que garante a sobrevivência, crescimento e até protecção.

Contudo, a falta desse suporte familiar sobretudo as pessoas portadoras de HIV e SIDA pode contribuir negativamente para a degradação do seu estado. Quanto mais exposta à família estiver às vulnerabilidades económicas, políticas e sociais, mais exposto ficam os portadores de HIV e SIDA à rejeição.

Mioto (2000) refere que a questão da exclusão do portador de HIV e SIDA no âmbito familiar sofre influência das mudanças na organização familiar ocorridas durante o século XX. Tais mudanças revelam: processos de empobrecimento acelerado, movimentos migratórios, enxugamento do grupo familiar, variedades de arranjos familiares, além da perda gradativa da eficiência do sector público na prestação de serviços e políticas públicas voltadas às famílias.

Entretanto, a exclusão no núcleo familiar sofre variações de acordo com a intensidade dos vínculos afectivos e da referência existente entre seus membros. Se esses vínculos não são sólidos o suficiente, pode originar rupturas bruscas nos laços da sociabilidade primária.

Contudo, os dados do estudo mostram algumas mulheres da associação Vanghano va Infulene que tiveram apoio por parte da família e outras não conforme elucidam alguns depoimentos:

“ Após ter sido diagnosticado o HIV, sofri vários tipos de estigma⁸ e discriminação, até tive vontade de desistir de viver só que no meio de todo este sofrimento decidi levantar-me e viver a vida e disse em viva voz, desculpe-me, mas eu não nasci assim, esta não é a vida que eu quero para mim (relato de uma mulher de 33 anos de idade).”

A outra entrevistada referiu o seguinte:

“ Quando descobri que sou seropositiva, a primeira coisa que fiz foi pensar na minha família tentando perceber como iriam reagir. Foi quando decidi contar a minha mãe e ela deu-me todo apoio que alguém numa condição igual a minha precisa e estou muito grata por tudo que ela fez por mim”. (relato de uma mulher de 39 anos)

Para uma mulher que enfrenta o isolamento ou o estigma devido ao facto de ser portadora do HIV a fraca assistência à saúde faz com que ela esteja vulnerável e geralmente enfrente o medo e vergonha. Associar HIV com o “mau” comportamento e a morte pode estar por detrás da rejeição, fazendo com que as pessoas desistam de descobrir se são ou não seropositivas ou de revelar sua condição quando tomam conhecimento que são seropositivas por recear ser estigmatizadas e isoladas do seu grupo de convivência.

Straube (2007) afirma que a situação do estigmatizado faz com que o indivíduo tenha vergonha de si mesmo de modo que as identidades individuais serão sempre marcadas pelo peso da diferença.

⁸Ver Goffman 1993 sobre o estigma

5.3 Relações de solidariedade e ajudas prestadas pela Associação e entre os membros da Associação Vanghano va Infulene.

Este capítulo trata de diferentes formas de ajuda prestadas tanto pelas associadas assim como do apoio prestado pela associação Vhangano va Infulene, procura também descrever essas práticas de ajuda que são frequentes entre os membros.

As relações de entreajuda vigente na associação são de dois tipos. A primeira diz respeito às visitas que equipa de funcionários da associação realiza às casas dos membros associados. Enquanto que a segunda diz respeito às ajudas prestadas entre as mulheres membros da associação.

As actividades da associação decorrem de segunda à sexta-feira mas nas terças-feiras e quintas-feiras são dias das reuniões, onde se faz o balanço e coordenação das actividades. As reuniões das terças-feiras realizam-se no período diurno entre as 9 às 11 horas, e antes do início da reunião, as mulheres organizam-se em grupos dando-se mais prioridade ao grupo de mulheres recém-chegadas a associação como forma de as incentivar a falarem sem receio sobre os seus dramas. Quando a psicóloga não está presente para mediar o encontro a responsabilidade em certas ocasiões é das mulheres elegerem um dos membros da associação para a mediação das reuniões, sem com isso alterar o conteúdo ou o nível de organização das mesmas.

Nestes casos a mediadora tem a função de garantir a ordem e o respeito entre as mulheres que participam na reunião e manter um espírito de harmonia durante a realização da mesma. Nesta reunião as mulheres falam de aspectos relacionados com os seus traumas como também de aspectos que dizem respeito a sua vida pessoal.

A partilha dos depoimentos ou de suas experiências de vida fortificam os laços de amizade e fraternidade entre as mulheres que fazem parte da associação, o que de certa forma contribui bastante para o processo de superação dos traumas e estigma derivado do facto de serem portadoras do HIV e SIDA.

Esses laços de amizade se reflectem na crescente interacção e na partilha de experiências de vida quer nas reuniões realizadas na associação ou fora da associação referentes à superação dos traumas que estão por detrás da procura dos serviços da associação que grande parte dos casos tem sido devido ao facto de sofrerem estigma e discriminação.

Ao grupo de mulheres recém-chegadas é convidada uma delas de forma aleatória a se sentar na cadeira no centro da circunferência e com a mediação da psicóloga se apresenta às restantes mulheres da associação.

Terminadas as apresentações a novo membro integrante da associação conta a sua história e a psicóloga incentiva-a a não ter receios e a contar todos detalhes que são relevantes no processo de superação do trauma que a aflige. Essas orientações são destinadas às mulher que for prestar depoimento sobre a sua trajetória de vida, bem como as razões que as levaram a procurar os serviços da associação e os progressos que registaram após a sua entrada na associação. O que a mulher traz de novo são aspectos relacionados com seu processo de superação sendo este o ponto que mais interessa a psicóloga que logo após o pronunciamento da mulher serve-se disso para incentivar as outras a enveredar pelo mesmo caminho.

A outra fase do processo de ajuda relaciona-se com as visitas que as mulheres realizam na casa das outras uma vez por semana, seguindo uma ordem e de acordo com a disponibilidade de cada uma. Estas visitas têm como objectivo aferir o estado de saúde da mulher beneficiária da visita e são realizadas nos finais de semana, mais concretamente nos sábados e em alguns casos nos Domingos.

Nas visitas as mulheres levam consigo alguns mantimentos visto que nesse dia elas é que confeccionam as refeições e fazem as limpezas da casa e no caso de uma das mulheres encontrar-se doente as outras fiscalizam o cumprimento das orientações médicas e se elas estão a cumprir com a medicação orientada pelo médico. As visitas duram na maioria dos casos todo o dia, Neste período, elas desenvolvem diversas actividades como a confecção de alimentos, a limpeza dos compartimentos da casa, ajuda na horta e entre outras actividades, caso existam.

Depois das saudações segue-se a fase da identificação dos lugares que precisam de limpeza e depois a organização do material necessário para a realização das referidas limpezas. Após a identificação do material de limpeza as mulheres procedem com a execução das tarefas e são feitas em conjunto, caracterizadas por um espírito alegre e contagiante enquanto as outras ocupam-se na lavagem da louça de cozinha e na limpeza do quintal.

Feita a limpeza segue-se a fase da confecção dos alimentos seguindo um cardápio que é recomendado pela mulher que é encarregue de comandar o grupo na visita e este mesmo varia desde frango a água e sal acompanhado com *xima* e guisado de vaca.

Quando se fazem visitas seja em casa de quem for, é proibida a ingerência de bebidas alcoólicas sob pena de quem violar esta regra ser excluída do grupo pelo facto desta prática não coadunar com os objectivos das mulheres ao se filiarem a associação em busca de melhoria de qualidade de vida. Após a confecção dos alimentos segue-se a fase do esperado almoço que é dito entre elas num ambiente de alegria e fraternidade. Sentadas na esteira fazem uma oração de agradecimento pela refeição do dia e em seguida comem a mão e muita das vezes sem a presença dos maridos se for o caso.

Durante a refeição as mulheres conversam sobre diversos aspectos relacionados com a sua vida pessoal e não só salientando planos para o futuro bem como negócios a desenvolver a curto e médio prazo e outros planos se existirem. Depois da refeição cabe as próprias mulheres lavarem a louça usada na confecção da refeição, enquanto algumas vão arrumando e limpando a cozinha onde estiveram a cozer os alimentos. Efectuadas as limpezas as mulheres entoam cantos diversos retratando aspectos divertidos da convivência diária acompanhada de danças alegres até ao entardecer sempre num ambiente informal alegre e divertido tudo isto com o propósito de mostrar a mulher visitada que a vida não pode parar por causa da condição que as aflige.

Após as recomendações dadas, elas se despedem da anfitriã entoando canções com letras e conteúdos que sugerem paz sorte e harmonia no lar e dançando prometendo outra visita num futuro breve. A escolha da casa por visitar na semana seguinte não é aleatória, muitas vezes depende da disponibilidade da mulher que irá ser alvo da visita do grupo e dias antes se a colecta de valores monetários para a confecção das refeições e noutros casos para a compra de pequenos utensílios para o uso doméstico.

Essas escolhas são feitas nas reuniões realizadas nas quintas-feiras, no período da manhã e se caracterizam pelo seu aspecto informal e estas são as que tem maior audiência visto que nelas não se verifica a participação ou a presença da psicóloga. As visitas têm um carácter de reciprocidade visto que todas as mulheres têm o dever de participar nesse processo excepto os

casos em que uma das mulheres tenha um imprevisto ou algo de inadiável a fazer na data marcada.

As visitas que as mulheres efectuam em casa das outras desempenham um papel preponderante na promoção da coesão dos membros da associação, visto que estas permitem que haja intercâmbio entre elas e que ninguém se sinta abandonada por estar em constante interacção. Essa constante interacção permite as mulheres fazerem um acompanhamento da sua situação social verificando se há melhorias ou não em relação ao seu estado psico-emocional ou social.

A ajuda é feita através do constante aconselhamento, demonstrando com exemplos de boas práticas, ou seja, de casos que eram considerados piores mas que foram superados com êxito. Desta forma incentivando-as a continuar a lutar pela melhoria do seu estado quer de saúde quer social.

Como podemos depreender no presente capítulo as práticas de ajuda levadas a cabo pela associação tem em vista a criação de um espírito de harmonia e de grupo entre as mulheres que fazem parte da associação incentivando sempre a partilha dos seus dilemas em grupo.

Esta prática de ajuda carrega em si uma componente psicossocial muito grande pois, permite que as mulheres percebam que o drama vivido por elas é extensivo a outros indivíduos e neste caso concreto, a outras mulheres fazendo com que se sintam consoladas e saiam da situação de depressão que se encontravam quando estas se dirigiram a associação em busca de apoio.

Percebemos ainda que as práticas de ajuda promovidas pela associação não se cingem ao espaço da associação trespassando esta esfera e passando para o espaço doméstico pois, a associação promove e incentiva entre as mulheres as visitas semanais com vista a aferir algo sobre o seu estado de saúde.

Este facto faz com que a relação entre as mulheres que fazem parte da associação seja mais sólida e que entre elas desenvolva-se um espírito de ajuda mútua o que se torna crucial para o seu processo de superação de dramas. A compreensão destes aspectos torna-se relevante para a percepção e da representação social das mulheres que fazem parte da associação têm com relação a mesma, bem como as suas expectativas, assunto que abordaremos no capítulo seguinte.

Uma vez estas mulheres serem pessoas doentes e precisando de cuidados, dada a sua débil condição financeira, como forma de interajuda elas optam por se organizar em grupos de *xitique*⁹ como forma de suprir as dificuldade pelas quais passam.

O *xitique* como forma de ajuda é praticado entre as mulheres das associações tendo em conta que estas conseguem amealhar algum dinheiro recorrendo a esta prática como forma de superar algumas necessidades que dificilmente iriam conseguir caso não estivessem organizadas. Com o dinheiro do *xitique* elas conseguem comprar alimentos variando deste modo a sua dieta alimentar, medicamentos, roupa, pagar a escola dos filhos, e alguns electrodomésticos para o uso nas suas casas.

Dado o fraco poder financeiro da maioria das nossas informantes e como forma de rentabilizar o dinheiro que conseguem com a venda de alguns produtos, elas decidiram juntar-se em grupos de *xitique* para atender ou responder a outras necessidades.

5.4 Estratégias de sobrevivência adoptadas pelas mulheres da associação

A compreensão das estratégias de sobrevivência adoptadas pelas mulheres que fazem parte da associação irá consistir na descrição das actividades desenvolvidas por estas para o sustento dos seus grupos domésticos, realçando o papel da associação nesse processo.

As estratégias de sobrevivência e reprodução social referem-se ao conjunto dos processos desenvolvidos pelas famílias com vista à sua subsistência física, social e cultural e, como salienta Bourdieu, à manutenção, renovação e transmissão dos diferentes tipos de capital (económico, simbólico e social) entre as diferentes gerações, Da Costa (2002: 66).

As acções práticas e estratégicas desenvolvidas pelos actores sociais com vista à sobrevivência "simples" e à satisfação das necessidades básicas são como quaisquer outras acções humanas, social e culturalmente construídas, Da Costa (2002: 67).

Andrade et al. (1998) entendem as estratégias de sobrevivência como acções objectivamente orientadas por membros do agregado familiar no sentido de responder à disfunção no sistema de reprodução social e constituem para muitos agregados familiares formas de aceder a recursos.

⁹*Xitique* é um termo que deriva do Tsonga e quer dizer poupança.

É dentro desta perspectiva que nos propomos a fazer a descrição das diferentes acções e práticas com vista ao sustento do grupo doméstico por parte das mulheres pertencentes à associação de apoio psicossocial. Dada a marginalização social que afecta as mulheres infectadas pelo vírus do HIV e SIDA, a associação assume funções sociais diversas que atenuam a exclusão de que as associadas são vítimas.

Entre as acções desenvolvidas pela associação temos a realçar a promoção do acesso aos serviços cuja carência reforça a miséria e isolamento. Isto é feito através de pequenos cursos de micro empreendedorismo como forma de incentivo ao desenvolvimento de pequenos negócios.

Os cursos ministrados às mulheres infectadas permite-lhes aprender e ter noções sobre o tipo de actividades económicas a desenvolver, tendo em conta a viabilidade das mesmas, adquirindo desta forma alguns conhecimentos básicos na área de gestão de pequenos negócios.

Estes cursos adquirem uma importância primordial pois, aliado a uma boa gestão de negócios o curso contribui para uma maior independência financeira assim como de auto estima das mulheres pertencentes a esta associação.

Das principais actividades económicas desenvolvidas pelas mulheres destaca-se a prática de avicultura, alfaiataria confecção de produtos alimentares como bolos, bem como ornamentação para cerimónias de casamentos, baptizados, etc.

Estas actividades são desenvolvidas nos bairros residenciais das mulheres pertencentes a associação e nalguns casos dentro das suas residências, contando sempre com a supervisão técnica por parte da associação. De salientar que a associação incentiva as mulheres a agruparem ou a se organizarem em grupos como forma de dar mais consistência a actividade em causa.

Nos casos em que as mulheres se agrupam para a prática de uma determinada actividade económica, estas repartem os valores de lucro derivado desta em partes iguais evitando deste modo situações de conflitos entre elas. Os valores derivados da prática destas actividades económicas grande parte dos casos destinam-se a melhoria das condições habitacionais nos casos das mulheres que foram abandonadas pelos cônjuges aquando da descoberta da situação de saúde.

Noutros casos, o valor derivado da prática destas actividades destina-se à melhoria das condições sociais dos grupos domésticos das mulheres pertencentes a associação, através da proporção de uma melhor educação aos filhos. Há ainda a salientar que no âmbito das estratégias desenvolvidas pelas mulheres, a prática de actividades artesanais como o fabrico de cestos, peneiras dentre outros objectos perfazem o leque de actividades em curso.

Para a comercialização destes objectos a associação tem organizado pequenas feiras como forma de promoção da actividade. Contam neste processo com a participação de diversas organizações governamentais e não-governamentais bem e do público em geral. Nestas feiras além da comercialização de artigos artesanais há a demonstração dos avanços feitos pelas mulheres no combate ao estigma derivado do facto destas serem portadoras do vírus HIV e SIDA.

Estas demonstrações são feitas mediante depoimentos das mesmas com relação a sua situação de saúde bem como social, descrevendo as formas de superação e servindo deste modo de incentivo para as outras mulheres que sofrem da mesma pandemia. As feiras representam uma oportunidade para as mulheres exporem os seus produtos artesanais e para a posterior venda a preços favoráveis pois, alguns objectos são vendidos mediante leilões organizados pela associação.

Nos leilões são vendidos artigos de costura e de carácter artístico. Estes geralmente são os mais caros. O valor é revertido na totalidade para a autora da obra, melhorando deste modo a sua situação financeira. Os artigos consistem em vestidos e peças únicas para o caso das mulheres que se dedicam a área da costura aproveitando a ocasião para promover a sua actividade, aumentando deste modo o volume de encomendas.

As compreensões destes aspectos tornam-se relevantes para a percepção e da representação social que as mulheres que fazem parte da associação têm com relação a mesma bem como as suas expectativas assunto que abordaremos no ponto a seguir.

5.5 Percepções e Representações Sociais que as Mulheres têm em Relação a Associação Vanghano va Infulene

Este capítulo pretende compreender as diferentes percepções e representações que os membros têm em relação a associação de apoio psicossocial realçando os valores que prevalecem neste processo de interacção social. No nosso contexto de pesquisa, nalguns casos a associação

representa uma oportunidade de mudança de vida, visto que algumas mulheres aderem aos serviços da associação numa condição social desfavorável e na esperança de melhorá-la.

Estas mudanças traduzem-se num recomeçar da vida através da adopção de uma atitude mais positiva no que diz respeito à forma de encarar o estigma e discriminação que muitas vezes derivam do facto das mesmas serem portadoras do HIV e SIDA.

“ (...) Quando cheguei na associação estava desesperada, não sabia o que fazer nem como lidar com a minha família que me discriminava e não me via com bons olhos por ter contraído a doença (Mulher de 43 anos)”

Nestes casos a associação desempenha um papel importante por permitir as mulheres que sofrem dos mesmos problemas sociais a partilharem experiências, minimizando deste modo os efeitos da discriminação, como podemos constatar no depoimento da nossa informante a baixo:

“ (...) Aqui na associação conversamos com as manas que tem ou que tiveram o mesmo problema, isto nos ajuda porque antes eu pensava que era só eu que vivia estes problemas mas quando vi que não era a única isto me aliviou bastante e ainda por saber que podia contar com alguém caso precisasse (Mulher de 29 anos) ”

O facto de a associação ser constituída por mulheres que sofrem do mesmo trauma tem um efeito psicológico muito positivo, contribuindo deste modo para o seu processo de superação como podemos constatar no depoimento da nossa informante a baixo:

“ (...) A convivência com as manas fez com que eu passasse a dar mais valor ao facto de estar viva e a deixar de dar muita importância ao que as pessoas falavam a meu respeito assim como a respeito da minha doença (Mulher de 39 anos) ”.

A superação do estigma passa por uma auto valorização e na melhoria da sua auto-estima assim como dos níveis de confiança e forças para saber como lidar com a sua situação social derivada do facto de serem portadoras do HIV e SIDA.

Este processo de superação é feito pelas próprias mulheres que fazem parte da associação sob mediação dos membros da associação bem como da psicóloga, esta última tendo um papel

secundário, visto que as mulheres com as suas práticas são as que desempenham um papel de relevo no seu próprio processo de recuperação ou superação.

Isto faz com que as mulheres solidifiquem a sua relação de amizade, contribuindo deste modo para uma maior entreatajuda o que se torna fundamental no processo de superação do estigma, tornando a associação convidativa para outras mulheres que vivem o mesmo drama.

Para tal efeito, na maior parte dos casos, as mulheres procuram os serviços da associação porque ouviram testemunhos de outras mulheres a respeito das vantagens que podem ter em procurar ou em fazer parte da associação.

Neste caso, os progressos que as mulheres da associação alcançam servem de incentivo às outras que vivem em situações idênticas a enveredarem pelo mesmo caminho, ou seja, o de procurarem a mesma solução.

Porém, nem sempre as mulheres que procuram os serviços da associação conhecem ou tem conhecimento a cerca da efectividade do seu processo ou práticas de ajuda muito menos acerca da sustentabilidade dessas práticas.

Essas mulheres quando chegam a associação adoptam uma atitude céptica com relação aos benefícios que se tem em fazer parte da associação por isso as suas expectativas em relação a mesma é relativamente baixa em relação as outras que chegam por incentivo das mulheres que já viveram o mesmo drama.

Esta categoria de mulheres tem tido dificuldades em integrar-se com outras mulheres da associação no sentido de partilha de experiências bem como em ter uma maior abertura em relação as razões que estão por detrás dos seus dramas, assim como o seu historial ou a sua trajectória de vida.

Ao contrário das outras, as mulheres que chegam ou procuram a associação por incentivo das que já viveram um drama idêntico, chegam a associação com elevadas expectativas por se inspirarem na forma como as mesmas superaram os seus dramas.

Este facto acaba por ser benéfico a este grupo de mulheres por facilitar o seu processo de integração e abertura em relação às razões que as levaram a procurar os serviços da associação, contribuindo deste modo para a rápida superação dos seus dramas.

Esta situação acaba contribuindo para o aumento ou o engrandecimento da associação como uma instituição vocacionada na prestação de ajuda a mulheres que sofrem de dramas relacionados com o HIV e SIDA e bem como da violência doméstica.

Isto faz com que algumas mulheres conotem a associação como parte da solução para a superação dos dramas que advêm do facto de sofrerem estigmatização por serem portadoras do HIV e SIDA, como podemos constatar no depoimento da nossa informante a baixo:

“ (...) A associação vem para ajudar a nós as mulheres que sofremos estigmatização por parte dos nossos amigos e até dos nossos familiares porque temos sida. Até os nossos maridos abandona-nos por não quererem ser infectados e deixam-nos sozinhas a criarem os nossos filhos (relato de uma mulher de 39 anos) ”

Noutros casos as mulheres não vêem a priori a associação como um ponto de salvação para os seus dramas isto porque elas chegam a associação sem nenhuma ou pouca informação acerca do seu funcionamento. E noutros casos as mulheres não se familiarizam com os métodos adoptados pela associação, preferindo ter um atendimento privado com a psicóloga em serviço, em detrimento da partilha de experiência com outras mulheres que viveram o mesmo drama.

Várias são as razões adiantadas, sendo a razão mais frequente o facto de as mesmas se sentirem expostas ao serem convidadas a prestar depoimentos na presença de outras mulheres apesar de a psicóloga incentivar essa prática. Estas mulheres se sentem acanhadas e com a sua privacidade violada, preferindo sigilo e em alguns casos não permitem que a sua relação com outras mulheres passe do espaço da associação, não permitindo desta forma a visita destas.

Porém estas situações nem sempre perduram. Houve casos em que elas acabaram cedendo e integrando-se às restantes e alcançando progressos significativos no seu processo de superação de dramas. Como tal, nos casos em que as mulheres preferem o isolamento em detrimento da partilha de experiência e de uma maior abertura com relação a sua situação, como forma de ajuda as mulheres insistem em criar uma maior aproximação.

A insistência é justificada como parte da ajuda pois, as mesmas argumentam que não podem abandonar uma irmã com problemas pelo simples facto dela não querer que elas se aproximem dela, como podemos constatar no depoimento abaixo:

“ (...) Nós não abandonamos as manas que tem problemas, o nosso dever aqui é ajudar mesmo que por vergonha a pessoa não queira, nós entendemos pois, não é fácil falar dos seus problemas a pessoas estranhas (Mulher de 45 anos) ”.

Após a insistência e a integração, as mulheres em causa acabam por se familiarizar com as práticas de ajuda adoptadas pela associação mais concretamente com as mulheres que fazem parte da mesma. Esta integração acaba traduzindo-se numa mudança de opinião e de atitude destas no que tange a forma como elas concebem a associação como instituição, assim como em relação às práticas adoptadas pela mesma.

E isto é visível na forma como as mesmas tratam as mulheres que aderem pela primeira vez a associação, sendo elas as primeiras a incentiva-las a aderirem às formas e às práticas de ajuda implementadas pela associação, contando as suas experiências na sua relação com a associação. Ao contarem as suas experiências facilitam o processo de integração destas mulheres, contribuindo deste modo para o crescimento da associação assim como a sua solidariedade com aquelas que acabam de chegar.

Neste capítulo notamos que existe uma relação entre a forma como as mulheres chegam a associação e a visão ou as expectativas que as mesmas têm em relação a associação como instituição vocacionada a prestação de ajuda às mulheres que sofrem de estigmatização derivado do facto de serem portadoras do vírus do HIV e SIDA. Esta relação é visível nas mulheres que chegam a associação por iniciativa própria sem nenhuma informação acerca da mesma, muito menos sobre o seu grau de eficácia no que toca aos métodos adoptados por esta instituição para o auxílio destas mulheres que não atribuem a associação o mesmo significado na dimensão das mulheres que chegam a associação por apadrinhamento de outras que já fazem parte da mesma. Estas últimas projectam na associação uma oportunidade de melhoria da sua condição social.

6. Considerações Finais

A presente pesquisa, procurou mostrar as diferentes estratégias que as mulheres da Associação Vanghano va Infulene, adoptam para a superação dos traumas derivados da estigmatização e discriminação. As mulheres pertencentes a associação desenvolvem diferentes mecanismos ou estratégias com vista a superação destes contando com o apoio prestado por esta, pois nesta elas encontram incentivos o que facilita o processo de aceitação do seu estado.

Incertezas e insegurança fazem com que as mulheres vivam momentos difíceis e para poder enfrentar esta situação, as mulheres procuram organizar os seus relacionamentos sociais como forma de enfrentar as dificuldades resultantes do estigma e discriminação que esta vive no seu dia-a-dia.

Concluimos que as estratégias adoptadas pelas mulheres cingem no espirito de interajuda e na criação de laços de solidariedade e afecto entre as mesmas o que facilita o processo de auto aceitação do seu estado e contribui para o bem-estar destas.

Este processo é materializado na criação de incentivos por parte da associação como instituição com vista a uma maior abertura por parte destas a partir de relatos de histórias de vida de forma que haja uma partilha de experiência de vida o que facilita o processo de integração com as integrantes evitando deste modo o isolamento destas.

Porém os incentivos não se resvalam na componente psicossocial, eles integram a dimensão financeira a partir de desenvolvimento de iniciativas com vista a criação de bases de autossustento destas bem como do seu grupo social.

Por tal, a associação desempenha um papel preponderante no processo de superação traumas e de estigma para além da criação de novas redes sociais o que de certo modo facilita o processo de reintegração social e a conseqüente melhoria de qualidade de vida

7. Referências Bibliográficas

Arthur, Maria & Cabral, Z 2004. “Those *Pregnancies that Embarrass Schools*”. Maputo: Outras Vozes. Pp-1-10.

Barbosa, R & Parker, Richard 1999. “*Sexualidade ao Avesso: direitos, identidades e poder*”. São Paulo: Editora 34.

Barbosa, Simões, R.H 1993.” AIDS e Género”: As mulheres de uma comunidade favelada. Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Blessa, Carlos 1990. “*Estudos Antropológicos*”: As Regras de Comportamento. Maputo: FNUA.Pp 13-67.

Bayer, R 1994. In American journal of public health. “AIDS prevention and Cultural Sensitivity: are they compatible”? .Pp-12-15.

Costa, Ana Bérnard 2002 “Famílias na Periferia de Maputo: estratégias de sobrevivência e reprodução social”. Dissertação de Doutoramento em Estudos Africanos. Lisboa. Instituto Superior de Ciências de Trabalho e da Empresa

Guimbelli, Emerson. 2002. Para além do “trabalho de campo” reflexões supostamente malinowskianas.

Goffman, Erving 1993. “*Estigma: la identidad deteriorada*”. 5ª ed. Buenos Aires: Editores Amorrortu. Pp-1-172.

Gune, Emídio 2008. “ Momentos Preliminares: dinâmicas e significados no uso do preservativo

Loforte, Ana. 2000. *Género e Poder entre os Tsongas de Moçambique*. Maputo: Promédia.

Maia, Rui Leandro. 2002. Migrações e redes de relações sociais em meio urbano: um exemplo a partir do Porto.” In *Revista de Demografia Histórica*, XX, I, Lisboa, p. 53-80.

Marconi, Marina & Lakatos, Eva. 2007. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas.

Martins, Hélder F. B. 1985 “ *Apontamentos de Estatística Sanitária e Hospitalar*”. Maputo, Edição do autor.

MISAU. 2001. *Plano Estratégico do Sector da Saúde*. Maputo: MISAU.

ONU 1998. “HIV and Human Development: The Devasting of AIDS”. Genebra. Pp-78-82.

ONUSIDA (2000): “Estigmatização, discriminação e rejeição relacionados com HIV e SIDA: Contextos e determinantes”, Estudos de Pesquisa de Uganda e Índia, Genebra.

Osório, Conceição, 1998. Escola e família: diferenças e complementaridades. In: família em contexto de mudanças em *Moçambique*. WLSA Moçambique. CEA. UEM.

Taela, Katia 2004 “ *Análise da documentação sobre o estigma e a discriminação relacionados com HIV e SIDA em Moçambique*”.

_____ 2006. “Revisão de Literatura sobre Violência Doméstica contra a Mulher”

Martins et al 2004. “Primeira parte da versão preliminar na análise da situação em vista da componente dum plano nacional multisectorial de combate ao HIV e SIDA”. Maputo

Mioto, Regina Célia T 2000. “*Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis*”. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. Capacitação em Serviço Social e Política Social. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD

Ramos, Magdalena. 1990. “*Introdução à Terapia Familiar*”. São Paulo: Ática