

ATO-61

BIBLIOTECA

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
UNIDADE DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

***O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS PERCEPÇÕES SOBRE O
HIV/SIDA ENTRE OS JOVENS.***

O CASO DO BAIRRO GEORGE DIMITROV EM MAPUTO

Projecto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane

Por: *Maria Ivone J. Felimone*

Supervisores: Dr.^a Nanette Barkey

Dr. Cristiano Matsinhe

Maputo, Junho de 2002

DECLARAÇÃO

Declaro que este projecto de pesquisa nunca foi apresentado, na sua essência, para a obtenção de qualquer grau, e que ele constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes que utilizei.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que proporcionaram as condições para a realização do trabalho, com especial atenção à Dr.^a Nanette Barkey, minha supervisora e conselheira, que me ajudou muito na delimitação do tema.

Ao pessoal do UNICEF e da OMS, pela atenção que me dispensaram durante a recolha bibliográfica.

Pelo apoio financeiro, quero agradecer ao Conselho Nacional de Combate ao SIDA. Ao Dr. Cristiano Matsinhe, que com a partida da minha supervisora, ajudou-me a dar continuidade ao trabalho. Ao dr. Emídio Gune, ao dr. Víctor Muchanga do CEP, pelos conselhos dados ao longo do trabalho.

Um abraço especial à minha família, que forneceu as condições para que este trabalho fosse levado a cabo.

Dedico este trabalho à minha mãe, que com toda a dedicação proporcionou-me as condições para que este trabalho tivesse êxito.

Ao Marco...!

RESUMO

O presente trabalho tem como tema as percepções sobre o HIV/SIDA, cuja razão de ser prende-se com o facto de mesmo quando sujeitos à mesma informação, os indivíduos desenvolvem percepções diferentes sobre o HIV/SIDA. Para compreender o referido cenário, definimos como objectivo analisar o processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA.

Para alcançar o referido objectivo, fizemos apelo a fontes escritas e orais, secundárias e primárias. Seguindo o método etnográfico, usamos como técnicas entrevistas abertas, semi-estruturadas e descrição em presença. Os dados foram recolhidos numa zona peri-urbana da cidade do Maputo, num universo de jovens de quinze a vinte e quatro anos de idade, num total de trinta entrevistados. Destes, quinze não frequentaram a escola ou frequentaram até ao ensino primário, e os restantes quinze tinham frequência do ensino secundário. A análise dos dados foi feita com recurso à interpretação e comparação. A sua apresentação segue uma abordagem funcionalista e estruturalista.

A análise dos resultados obtidos permitiu-nos construir a conclusão preliminar segundo a qual o processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA, para além da informação, é condicionado pelo nível de escolaridade e pelas redes sociais nas quais os jovens, residentes do Bairro George Dimitrov, estão inseridos. Deste modo, a variação desses condicionalismos cria variações nas percepções sobre o HIV/SIDA.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Justificação.....	2
3. Proposição do problema de pesquisa.....	4
9. Revisão bibliográfica	5
5. Formulação da hipótese de trabalho.....	12
9. Quadro teórico.....	12
10. Metodologia.....	19
11. Resultados e discussão.....	21
9. Conclusão.....	32
10. Bibliografia.....	36

ANEXOS

Anexo 1: Lista dos entrevistados

Anexo 2: Guião de entrevistas

1. INTRODUÇÃO

O presente projecto tem como tema de análise, as percepções sobre o HIV/SIDA¹. Ele procura analisar alguns aspectos (sociais e culturais) que condicionam a sua percepção. Olhando para os dados estatísticos, ilustra-se um acentuado crescimento do número de pessoas infectadas pelo HIV/SIDA desde o seu surgimento, no início da década 80.

Segundo a Organização da Unidade Africana- OUA (1997) no início dos anos 80, existiam cerca de 100 mil adultos infectados com o HIV em todo o mundo. Este número cresceu para mais de 33,4 milhões em finais de 1998 (ONUSIDA, 2000c). Em 2000, o número continuou a crescer, tendo atingido cerca de 36,1 milhões de pessoas em todo o mundo, destes, 25,3 milhões localizavam-se na África Sub-Sahariana (ONUSIDA, 2000a), onde se inclui Moçambique.

Face a este cenário, vários autores têm analisado tópicos ligados ao problema do HIV/SIDA, visando fornecer explicações que possibilitem alternativas para enfrentar o problema. Alguns dos tópicos analisados têm sido os conhecimentos e das percepções, no intuito de ver a influência destes na percepção de risco à contaminação do vírus do SIDA (PSI, 2000).

Em Moçambique, uma análise aos conhecimentos dos indivíduos sobre o HIV/SIDA revela que existem várias percepções em torno do problema, incluindo entre indivíduos que recebem o mesmo tipo de informação. Para Webb (1997), este facto seria explicado como resultante de preconceitos culturais enraizados. Assumindo que os ditos preconceitos culturais são percepções construídas pelos indivíduos, definimos como objectivo do presente trabalho, analisar o processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA.

¹ O HIV e o SIDA designam respectivamente o Vírus de Imunodeficiência Humana, e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, onde estudos realizados à volta do assunto dão conta que a infecção pelo HIV pode evoluir para o SIDA, no organismo humano (draft elaborados pelo PNC-DTS/SIDA, RESP, MISAU).

Com a referida análise procuramos entender e explicar porque indivíduos sujeitos à mesma informação desenvolvem percepções diferentes sobre o HIV/SIDA. Neste processo, centramo-nos nos aspectos que influem na construção das percepções sobre o HIV/SIDA.

Organizamos o trabalho em dez partes, sendo a primeira reservada a introdução, a segunda, à justificação e a terceira ao nosso problema de pesquisa. Na quarta parte apresentamos a revisão bibliográfica, seguindo a quinta parte com a formulação da hipótese de trabalho. Na sexta parte apresentamos o quadro teórico com o qual operacionalizamos o trabalho. Na sétima parte apresentamos a metodologia adoptada no trabalho. Na oitava parte apresentamos os resultados da pesquisa e respectiva discussão. Na nona parte apresentamos uma conclusão preliminar e algumas recomendações, por último, apresentamos a bibliografia consultada e/ou utilizada na elaboração do trabalho.

2. JUSTIFICAÇÃO

Pretendemos tecer algumas considerações sobre a situação geral da epidemia do HIV/SIDA, onde para tal trazemos para discussão a questão ligada a priorização de alguns ângulos da realidade do HIV/SIDA, a priorização de determinados condicionalismos, em detrimento de outros factores também essenciais e que devem ser tomados no estudo da epidemia.

Dos estudos sobre a problemática do HIV feitos a nível mundial, poucos se dedicam a uma abordagem social, dando primazia a estudos de carácter biológico, como atesta Hunt (1994), para quem as teorias sobre o HIV/SIDA subdividem-se em dois grupos, um baseado em abordagens biológicas e outro em abordagens sociais.

Para Hunt (1994), assiste-se ao predomínio de abordagens biológicas, apesar de alguns destes estudos fazerem uma aproximação entre explicações socio-biológicas e explicações histórico-naturais; mas ambas as explicações tendem a excluir largamente

os factores sociais, e a enfatizar a determinação biológica na epidemia do SIDA em África (Hunt, 1994).

Estes estudos não tomam em conta a complexidade de factores envolvidos na construção das percepções e na interacção entre as políticas de prevenção e os indivíduos, potenciando o insucesso das respostas a este problema, bem como as várias dimensões que ele assume².

Para complementar as análises existentes, Webb (1997) já havia enfatizado a importância de integrar uma perspectiva holística³ no estudo da problemática do HIV/SIDA, uma vez que há um leque de componentes estruturais como a pobreza, a baixa escolaridade, os problemas de saúde predominantes, que actuam como constrangimentos.

À semelhança do já referido, em Moçambique escasseiam estudos que privilegiem os condicionalismos sociais na expansão do HIV/SIDA. Dos estudos existentes, poucos analisam as percepções sobre a questão, muitos destes estudos debruçam-se sobre os factores ligados à expansão, procurando analisar os factores que levam à expansão do HIV/SIDA.

Tendo em conta que uma resposta eficaz ao estudo da epidemia passa pelo processo de veiculação de mensagens educativas, uma análise aos processos de construção das percepções e representações sobre o HIV/SIDA mostra-se importante, na medida em que, segundo Macoo (1997), há uma estreita relação entre a forma como as pessoas percebem o mundo e o modo como julgam que as doenças são originadas, o que por sua vez interfere grandemente na eficácia das medidas curativas e no assumir de acções preventivas.

² Segundo Webb (1997), o HIV/SIDA é um problema que assume um carácter médico, social e não só, como também político e económico, onde há um leque de componentes estruturais envolvidos na expansão da epidemia.

³ Para Webb (1997), abranger uma perspectiva holística na interpretação da epidemia do HIV/SIDA permite captar as várias dimensões do problema.

As análises feitas para ver as ligações que norteiam o HIV/SIDA, podem servir para atrair a atenção sobre os factores sociais preponderantes na questão das percepções do HIV/SIDA em Moçambique. Estes factores podem ser observados no entendimento da epidemia, na tentativa de compreender os processos sociais e as ligações envolvidas nos processos ligados a divulgação e apreensão da informação.

A rádio, os jornais, a televisão, informam a milhões de pessoas acerca da DTS, HIV e SIDA e seus perigos, mas apesar da cobertura pelos meios de informação ter ajudado a sensibilizar o público acerca da questão, o impacto das campanhas é apenas limitado. Segundo o mesmo relatório, interpretações erróneas e receios acerca de como o SIDA, incluindo as DTS, se transmitem são maiores do que antes de haver uma cobertura de informação.

Com uma abordagem social que privilegie a análise de percepções sobre o HIV/SIDA, estaremos a participar do esforço de complementar as análises biológicas dominantes, deste modo poderemos compreender os condicionalismos sociais que contribuem na variação das percepções. Com esta, instrumentos decisores de campanhas de informação sobre prevenção do HIV/SIDA poderão melhorar as suas estratégias de transmissão de mensagens, ultrapassando os referidos condicionalismos.

3. PROPOSIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Um dos desafios das campanhas de prevenção do HIV/SIDA é conseguir criar nos indivíduos uma percepção das mensagens educativas para prevenção e controlo da epidemia. Porém, apesar do esforço depreendido nesse sentido, nota-se uma variação de percepções e representações sobre a problemática do HIV/SIDA entre jovens que recebem o mesmo tipo de informações. Isto leva-nos a procurar perceber porque razão jovens sujeitos a mesma informação, têm percepções diferentes sobre o HIV/SIDA. O nosso problema incide sobretudo nos mecanismos que entram em interacção no processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA por parte dos indivíduos.

3.1 Objectivos do trabalho

3.1.1 Objectivo geral

Face ao problema ora referido definimos como objectivo do trabalho, analisar as percepções sobre o HIV/SIDA entre jovens com idades compreendidas entre 15 e 24 anos de idade, considerada uma faixa etária que regista uma crescente incidência do HIV/SIDA⁴.

3.1.2 Objectivos específicos

Para alcançar o objectivo geral do presente trabalho, propusemos como objectivos específicos os seguintes:

1. Identificar e analisar as percepções da biomedicina sobre o HIV/SIDA;
2. Identificar e analisar as percepções dos jovens sobre o HIV/SIDA;
3. Analisar os condicionalismos que intervêm na construção das percepções sobre o HIV/SIDA.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Como já tivemos ocasião de referir, citando Hunt (1994) na parte reservada à justificação do trabalho, escasseiam análises que se dedicam a uma abordagem social sobre o problema do HIV/SIDA, em privilégio de abordagens biológicas. A complementar a referida escassez, ONUSIDA (1998) refere que dentro de cada país não existe praticamente nenhuma informação das percepções sobre o HIV/SIDA, e nem sobre as redes sociais nas quais os indivíduos estão inseridos e que são determinantes na difusão da informação através da população.

⁴ Segundo Reid (1995), na sua avaliação do impacto da epidemia d HIV/SIDA em África, as principais causas da crescente incidência do SIDA na faixa etária dos 15 a 24 anos são a pobreza, a baixa escolaridade e a falta de conhecimentos sobre as formas de transmissão e prevenção.

Carvalho Ferreira et al. (1995) já havia feito referência ao facto de que o conhecimento que os indivíduos possuem, é o conhecimento resultante da multiplicidade das suas experiências, isto é, das suas relações com outros indivíduos, e que se constituem em instrumentos para agirem em situação.

Em Moçambique, dos escassos estudos que privilegiam os condicionalismos sociais na expansão da epidemia, poucos discutem profundamente a questão ligada às percepções e representações sobre o HIV/SIDA. Deste modo a dinâmica complexa da epidemia não é muitas vezes tomada em conta, o que constringe a formulação de programas de prevenção apropriados.

Apesar da referida escassez, procuramos explorar o material existente, uma vez que este apresenta potencialidades que o legitimam como interlocutor válido na reconstrução teórica das percepções sobre o HIV/SIDA em Moçambique, onde o combate ao HIV/SIDA, ou pelo menos a minimização de seus efeitos, passa pela divulgação de mensagens sobre as formas de o evitar, em meios de comunicação como a rádio, a televisão, a imprensa escrita e o teatro.

Segundo a ONUSIDA (1998), quanto mais adquirimos conhecimentos sobre a maneira como o HIV se infiltra nas comunidades, tanto mais compreendemos que as ligações entre o HIV e outros fenómenos sociais e económicos são complexos.

De forma complementar, McElroy e Townsend (1985) referem que a forma como os participantes numa cultura classificam as suas experiências por categorias, ajuda-nos a compreender os mecanismos que afectam a saúde e a sobrevivência (Secretariado de Estado da Acção Social- SEAS, 1994). E ao se procurar conhecer o comportamento humano, procura-se compreender o que os indivíduos fazem pelo uso de sua inteligência reflexiva (Carvalho Ferreira et al., 1995).

Neste esforço por compreender os mecanismos que afectam a saúde e a sobrevivência dos indivíduos numa cultura, Webb (1997) realça que as concepções, acções e

vivências podem ser destrinçadas para mostrar as reais componentes envolvidas na epidemia, onde a pobreza e o fraco acesso aos serviços essenciais podem ser tomados.

Webb (1997) estende mais o campo de análise e diz que há um leque de componentes estruturais como a violência, a pobreza e problemas de saúde predominantes, que actuam como constrangimentos, e as mensagens educativas veiculadas não assentam em antecedentes culturais que possam constituir uma base para uma comunicação efectiva.

Webb (1997) propõe como medida, procurar entender os factores sociais que criaram o padrão da epidemia do HIV/SIDA, e a partir daí dar uma prioridade a estes factores, na tentativa de mudar o perfil do futuro no que concerne à sua expansão.

Tomando em conta a diversidade dos factores sociais, a proposta de Webb torna-se um projecto teórico na medida em que não delimita o quadro de factores a analisar.

Tem-se dado enfoque ao impacto do HIV/SIDA sobre a pobreza⁵, tendo-se demonstrado a relação entre esta e a doença. Segundo o RDH (1997), a pobreza fornece um campo de proliferação fértil para a propagação das epidemias.

Para o RDH (1997), muitas vezes as vítimas são predominantemente os mais pobres, particularmente expostos porque muitas vezes têm falta de informação, de instrução e fraco acesso a serviços sociais e de saúde.

Com um raciocínio similar está a ONUSIDA (1998), para quem os pobres e os menos instruídos são os mais atingidos pela epidemia do HIV ao nível mundial.

Uma análise da ligação entre instrução e HIV pode conduzir a conclusões simplistas sobre as determinantes da epidemia. As ligações dos factores que condicionam as percepções e a expansão do HIV que podem parecer claras a um contexto, podem

⁵ O RDH, na edição de 1998, refere que a pobreza, "mais do que a falta do que é necessário para o bem-estar material, ela pode significar a negação das oportunidades e escolhas mais básicas para o

tomar outra configuração num outro contexto, tornando-se mais complexas ao longo do tempo.

Contudo, pode-se avançar a ideia segundo a qual indivíduos com um nível de escolaridade alto têm maior acesso à informação sobre o HIV/SIDA, sobre os modos de transmissão e de prevenção (ONUSIDA e OMS, 1998). Uma vez que estes mesmos indivíduos têm maior oportunidade de trabalho e melhor remuneração, e podem ter bens e serviços que lhes permite por em prática o que sabem sobre o HIV/SIDA, e têm capacidades para poder desenvolver relações, sejam no trabalho, com amigos, e deste modo podem adquirir mais conhecimentos sobre a epidemia do HIV/SIDA (ONUSIDA e OMS, 1998).

Carvalho Ferreira et al. (1995), enfatizou que a relação dos indivíduos com os objectos do mundo é mediatizada pelo uso que podem fazer desses objectos de acordo com os seus interesses e objectivos. E a partir de sua capacidade reflexiva, os indivíduos podem aceitar, rejeitar, ou mesmo modificar os papéis, as normas, as regras, e as crenças predominantes num determinado momento (Carvalho Ferreira et al., 1995).

Porém, regra geral, os indivíduos são guiados pelas normas que a sociedade dita, onde o indivíduo procura viver em harmonia com as regras da sociedade, quando este rejeita as normas e as regras, pode empreender por uma atitude desviante das regras e normas ora vigentes.

Tomando a taxa de alfabetização como indicador do nível de instrução de um país, pode-se constatar que países onde a percentagem de pessoas alfabetizadas é elevada, a taxa de infecção pelo HIV é mais fraca (ONUSIDA, 1998). No entanto, segundo a mesma fonte, o cenário em algumas regiões da África Sub-Sahariana, apesar de demonstrar realmente uma ligação entre o HIV e o grau de instrução, esta ligação verifica-se no sentido inverso. Estes países desta região que têm as taxas de infecção

desenvolvimento humano para ter uma vida mais longa, saudável, para ter um padrão de vida decente, para gozar de dignidade, de auto-estima..." (RDIH, 1998).

do HIV mais elevadas, são igualmente aqueles em que os homens e as mulheres são mais instruídos ONUSIDA (1998).

Um estudo da ONUSIDA e OMS (1998) adianta algumas explicações possíveis para a questão. Segundo o estudo, pode-se dizer que as mudanças sociais que acompanham uma escolaridade mais elevada, são associadas a comportamentos propensos ao risco de infecção do HIV. Indivíduos que possuem um certo nível de instrução são provavelmente mais informados dos perigos do HIV e têm rendimentos disponíveis para garantir uma melhor informação e por em prática medidas de prevenção, por um lado, mas por outro lado, estes mesmos indivíduos podem usar seus recursos para dar azo a comportamentos que os torna vulneráveis à infecção do HIV/SIDA, tais como a multiplicidade de parceiros (ONUSIDA e OMS, 1998).

Uma análise deste tipo talvez fosse mais adequada se estivéssemos a fazer uma avaliação dos factores de risco e à questão da expansão da infecção.

O nosso problema centra-se, nos aspectos relacionados com os condicionalismos que influem nos processos de construção das percepções sobre o HIV/SIDA. O que está em causa é o tipo de informação que chega das diferentes fontes de informação, e o tipo de percepções que existe no seio da comunidade sobre o HIV/SIDA.

Segundo Webb (1997), as situações sociais, económicas e culturais, criam uma vulnerabilidade à infecção do HIV, fazendo com que o HIV se propague pelas diversas maneiras, e por intermédio de grupos de população diferentes.

O Relatório de Desenvolvimento Humano - RDH (1997) já havia indicado como principais causas desta situação a pobreza, a baixa escolaridade, a falta de conhecimentos sobre as formas de transmissão e prevenção. O que tem a sua lógica, retomando Carvalho Ferreira et al. (1995), para quem a impossibilidade dos indivíduos em participar nas principais organizações e instituições da sociedade, leva a uma situação exclusão social⁶.

⁶ A exclusão social "pode referir-se às instituições económicas (acesso a emprego, profissão e rendimento); escolares (educação e condições de sucesso); e à não participação num conjunto de outras

A falta de acesso a educação pode conferir ao indivíduo, igualmente fraco acesso aos recursos, a uma situação de exclusão no acesso a informação, a liberdade de decisão, mas este factor em si só não é determinante. Os indivíduos se inserem em vários meios sociais e, no desenvolvimento das suas relações, estes vão aprendendo novos valores, esse processo complementa a falta de acesso a alguns recursos, por exemplo a informação, que o meio social vai complementar.

Arriscado Nunes (1995), citando Santos (1993), definiu a sociedade- providência como “uma configuração de redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entajuda baseada em laços de parentesco e de vizinhança, através dos quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade...”, no seu enfoque às redes de relações sociais, refere a sociedade- providência como uma alternativa à necessidade de protecção social, à exclusão e à pobreza, ou falta de recursos.

Esta ideia remete-nos à questão segundo a qual a falta de acesso à informação pode ser compensada pelo meio onde o indivíduo se insere, aqui ele aprende sobre determinados factos da realidade.

A falta escolaridade em si só não explica a diferenças nas percepções sobre o HIV/SIDA, uma vez que as redes de relações que o indivíduo desenvolve podem permitir ao indivíduo o acesso à informação. Nessas relações, o indivíduo aprende as formas de transmissão e de prevenção da doença.

Em busca de alternativas explicativas para as diferenças de percepções sobre o HIV/SIDA, Taylor et al. (2000) constataram que do total de alunos que receberam o mesmo tipo de informação acerca da prevenção do HIV/SIDA numa escola no kuazulu-Natal, apenas uma parte destes desenvolvia respostas correctas sobre conhecimentos básicos de prevenção, incluindo sobre os riscos associados a infecção

relações sociais: associações (desportivas, recreativas), vida familiar (isolamento) e relações de amizade” (Carvalho Ferreira et al., 1995).

pelo HIV/SIDA, a outra parte desenvolvia respostas que se afastavam da informação transmitida.

Para os autores em referência, estava-se perante um problema de percepções que não podia ser exclusivamente explicado com recurso a escolaridade, mas deviam ser incorporadas as práticas sociais, as atitudes e as crenças resultantes dos processos de interacção social. Para Taylor et al. (2000), o conjunto de crenças e de práticas a elas subjacentes constroem as percepções dos jovens face ao HIV/SIDA.

Aprofundando o raciocínio de Taylor et al. (2000), Macoo (1997) citando Sontang (1991) e Helman (1992), refere existir uma estreita relação entre a forma como as pessoas percebem o mundo e o modo como julgam que as doenças são originadas, o que por sua vez interfere grandemente na eficácia das medidas curativas e no assumir de acções preventivas.

Por sua vez Nhambir (2000) realça o papel dos valores, que correspondem a um conjunto de elementos pensados e não pensados, que constituem o agir, a que os indivíduos e os grupos aderem para dar legitimidade à sua existência e para explicar uma determinada realidade, ele dá enfoque à questão da veiculação das mensagens de prevenção do HIV/SIDA, onde estes valores vão moldar a percepção da realidade no seio dos indivíduos.

Se tivermos em conta que a existência dos indivíduos, que passa pela sua sobrevivência, resulta na manipulação do que eles possuem e do que eles recebem, a visão presente no raciocínio de Nhambir (2000) reforça a ideia segundo a qual a construção de percepções sobre o HIV/SIDA será feita a partir dos recursos que os indivíduos possuem em termos de conhecimentos prévios, condicionados pelo meio social e pelo nível de escolaridade.

Os autores que foram aqui referenciados levam-nos a reflectir sobre a existência de alguns condicionalismos na percepção dos indivíduos sobre o HIV/SIDA, onde o nível de escolaridade e o meio social representam alguns destes condicionalismos no processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA. Estas percepções da

realidade são condicionadas para além disso, pelo conjunto de meios ou conjunto de relações que o indivíduo desenvolve, que é a ideia subjacente em Spiro (1984), quando fala do processo de enculturação, onde quanto mais os indivíduos desenvolvem suas relações, vão aprendendo sobre aspectos da realidade.

5. FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE DE TRABALHO

A revisão bibliográfica que efectuamos, forneceu-nos as directrizes parciais que, agrupadas, forneceram as bases para a construção da nossa hipótese de trabalho.

Começamos por subscrever a perspectiva segundo a qual existem factores que condicionam as percepções, acrescentamos a esta questão o acesso a informação como um dos factores, posteriormente juntamos a escolaridade como outro factor, e por último enquadrámos as redes sociais.

Deste modo, a nossa hipótese pressupõe que:

A percepção que os jovens constróem sobre o HIV/SIDA, passa por um processo de construção condicionado, para além da informação que apreendem, por factores tais como, terem ou não frequentado e/ ou concluído o ensino básico e relacionarem-se frequentemente ou não com indivíduos bem informados sobre o HIV/SIDA.

6. QUADRO TEÓRICO

Analiticamente, alguns conceitos permitir-nos-ão uma melhor operacionalização dos dados, e uma vez que se trata de um estudo das percepções sobre o HIV/SIDA, que passa por um processo de construção das mesmas, vamos fazer referência à teoria dos Modelos Explicativos, desenvolvida por Kleinmen (1980). Segundo esta teoria, as diferentes categorias de pessoas (profissionais e populares) possuem Modelos Explicativos, constituídos por noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos utilizados (Uchôa e Vidal, 1994).

O estudo dos Modelos Explicativos permite uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, a partir do exame da interação entre estes dois modelos e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre eles durante as actividades clínica, educativa ou de pesquisa.

No estudo das percepções sobre o HIV/SIDA, tomando em conta a existência de mensagens educativas ligadas a prevenção, transmissão, que provêm do Modelo Explicativo da biomedicina, procuramos por um lado destrinçar e clarificar aspectos ligados ao processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA dos jovens.

A perspectiva dos Modelos Explicativos de Kleinmen vai ser complementada com o enfoque às redes de relações de interconhecimento e de reconhecimento mútuo, analisadas por Arriscado Nunes (1995), e ainda pelos conceitos de percepção, de representação e de cultura, com os quais operacionalizamos o trabalho.

6.1 O Modelo Explicativo de Kleinmen

Kleinmen (1980) elaborou o conceito de "Modelo Explicativo" para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às actividades de saúde. Kleinman distingue os Modelos Explicativos dos profissionais e os Modelos Explicativos populares.

Segundo Uchôa e Vidal (1994), estes modelos enraizam-se em diferentes sectores do sistema médico e veiculam crenças, normas de conduta e expectativas específicas, onde cada um dos níveis fecha-se em seu universo social, o que leva à interpretação ou percepção dos fenómenos à base de condicionalismos sociais subjacentes a cada nível.

Os Modelos Explicativos de Kleinmen têm cinco partes importantes: a etiologia (que nos leva à explicação da origem da doença, por parte do sector profissional e por parte do popular), o diagnóstico (o nome atribuído a essa doença), os sintomas (a maneira como a doença se manifesta), o tratamento (a medicação), e por fim o prognóstico

(que é uma espécie de cálculo que cada um dos intervenientes faz do estado de saúde do doente ou de uma doença existente numa comunidade).

Para Uchôa e Vidal (1994), o conhecimento dos Modelos Explicados que predominam num grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles, e que são duas condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde.

6.2. As redes de relações sociais

As redes de relações sociais representam mecanismos de interacção social. É através das redes de relações sociais que se verificam as relações de entreajuda, onde na falta de uma resposta eficaz do Estado, estas relações tomam forma (Arriscado Nunes, 1995).

Arriscado Nunes (1995) olhou para a questão das redes de relações sociais como uma das respostas alternativas à necessidade de protecção social. segundo o mesmo autor, as redes de relações sociais estão subjacentes à sociedade- providência, onde numa citação de Santos (1992), Arriscado Nunes (1995) teria definido esta última como uma configuração de redes de conhecimento mútuo e de entreajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos trocam bens e serviços numa lógica de reciprocidade.

6.3 Os factores culturais

O desenvolvimento do interesse antropológico por problemas de saúde e de doença é tanto de ordem teórica como prática. Isto pode ser fundamentado pelo facto de as crenças e as práticas médicas serem categorias maiores em todas as sociedades, e a descrição integral de qualquer cultura exigir que se dê atenção às instituições de saúde e às crenças com esta relacionadas (SEAS, 1990).

SEAS (1990), citando Clements (1932) salientou que todas as sociedades desenvolveram um modo particular e sistematizado de pensar na doença e de a definir, assim como terapias apropriadas.

Kleinmen (1980) fala também da importância da adopção de uma perspectiva sociocultural. Uchôa e Vidal (1994), ao adoptar esta perspectiva, Kleinmen fornece os elementos - chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos factores sociais e culturais que intervêm no campo da saúde.

Aliando à perspectiva de Kleinmen, a de interpretação de problemas de saúde dentro duma determinada organização social, podemos clarificar os aspectos que minam a interacção entre os indivíduos e o nível da biomedicina. O SEAS (1990), citando Lieban (1977), a antropologia da saúde estuda os fenómenos médicos, na medida em que estes são influenciados por factores sociais e culturais.

Segundo Uchôa e Vidal (1994), com o desenvolvimento da corrente interpretativa em antropologia, surge uma nova concepção da relação entre indivíduo e a cultura, e torna possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde.

Geertz (1985), olha para os fenómenos como se fossem mensagens, signos e textos; para o autor, o conjunto de símbolos e significados, que representam a cultura, ganham sentido em cada contexto cultural.

Segundo o SEAS (1990), o conceito de cultura vai-nos remeter a um conjunto de valores, crenças e práticas dos indivíduos, e a toda uma amálgama de pressupostos que norteiam as interacções e as redes sociais em que os indivíduos se inscrevem. Onde enfatiza o facto de a cultura se inscrever num conjunto de crenças e de comportamentos partilhados por um grupo, onde diferentes culturas proporcionam diferentes modos como as pessoas têm enfrentado os diferentes riscos do seu ciclo vital (SEAS, 1990).

Uchôa e Vidal (1994), citando Geertz (1985), afirmam que a cultura fornece modelos "de" e modelos "para" a construção das realidades sociais e psicológicas, ou para os comportamentos humanos relativos a saúde e a doença. Citando ainda Geertz (1985) Uchôa e Vidal (1994) realçam que a cultura é o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis.

Essa concepção estabelece a ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana, e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenómeno humano (SEAS, 1990).

Nessa perspectiva considera-se que as percepções, as interpretações e as acções, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente e socialmente construídas.

Assim, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo, ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como colectivas, e expressa-se em formas específicas de pensar e agir (Uchôa e Vidal, 1994).

Segundo Kleinmen (1980), citado por Uchôa e Vidal (1994), todas as actividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas face às doenças, e podem ser estudadas como um sistema cultural, ou seja, um sistema de cuidados de saúde, onde todo o sistema seria constituído pela interacção de três sectores diferentes (profissional, tradicional e popular), veiculando cada um destes sectores, crenças e normas de conduta específicas, e legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

Na perspectiva antropológica, o universo sociocultural do indivíduo é visto como o contexto no qual se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas (Uchôa e Vidal, 1994). Essa perspectiva reorienta a percepção dos aspectos relacionados com a efectividade das intervenções em cuidados de saúde.

No processo de enculturação, processo através do qual interiorizam-se e transformam-se os valores culturais em crenças individuais (Spiro, 1985), os indivíduos reconstróem sua percepção acerca da realidade. Neste processo, quanto maior forem as redes de relações nas quais o indivíduo se insere, maior é o conhecimento do indivíduo acerca da realidade.

Dependendo destas redes de relações, que englobam um conjunto de crenças e de comportamentos, preponderantes na concepção e percepção da realidade, ao enculturarem-se novos conhecimentos, vão se reforçando e reconstruindo as percepções sobre a realidade.

6.4 As percepções e representações da realidade

Segundo Alain Birou (1982), em qualquer sociedade existe um ideal social, isto é, a representação de uma ordem cultural, social e política a que a maioria se refere a fim de orientar a sua conduta.

O reconhecimento dos valores dominantes, a forma de hierarquia admitida dos valores, constituem o ideal da sociedade (Birou, 1982).

A representação constitui um ideal ou um modelo, tomado como objectivo ou como ponto de referência para a acção. Segundo Kant, citado por Birou (1982), a representação é a sensação ou a percepção acompanhadas de consciência, Kant diz que o conceito corresponde a uma classe de objectos, onde a ideia pura são as espécies de representações que o espírito é susceptível de formar, com ou sem o suporte directo da experiência sensível (Birou, 1982).

Birou (1982), citando Sartre, diz ainda que a representação é um acto de consciência que visa um objecto, ao mesmo tempo que o coloca como ausente e o substitui por um *analogon* (Birou, 1982).

Birou (1982) define representação colectiva; para o autor, esta corresponde ao conjunto de imagens, esquemas, modelos, símbolos e ideais veiculados por um grupo,

particularmente no que respeita à figuração de um sistema do mundo ou de uma ordem de valores. A representação colectiva designa o conteúdo da mentalidade e da consciência colectivas (Birou, 1982).

Segundo Uchôa e Vidal (1994), a doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenómeno multidimensional e o dualismo cartesiano entre corpo e espírito, seria o precursor dessas concepções.

Para Uchôa e Vidal (1994), a descontinuidade entre as diferentes abordagens retarda a apreensão multidimensional do objecto, contudo a antropologia social redimensiona as premissas básicas, tornando possível a construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença (Uchôa e Vidal, 1994).

A partir dos conceitos discutidos construímos a perspectiva teórica segundo a qual a percepção que os indivíduos constroem sobre a realidade social, passa por um processo de construção condicionado por factores como a escolaridade e as redes sociais nas quais estão inseridos.

De um modo geral, este quadro teórico vai definir os parâmetros em que se poderão analisar as percepções dos jovens sobre o HIV/SIDA onde, por um lado, aliando a perspectiva dos Modelos Explicativos, e por outro lado, os outros conceitos, incluindo o conceito de cultura ajudar-nos-á na análise da questão uma vez que, segundo Geertz, este último é o quadro no qual as relações humanas tomam configuração.

Tudo isso vai-nos nos remeter à percepção dos elementos que norteiam o processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA, uma vez que estes indivíduos grosso modo partilham mesmos meios sociais e muitas vezes são indivíduos com o mesmo nível de escolaridade, e no entanto as suas percepções sobre as formas de transmissão e de prevenção do HIV/SIDA são diferentes.

7. METODOLOGIA

O presente projecto segue uma linha predominantemente qualitativa, com uma abordagem hipotética dedutiva, que segundo Lakatos e Marconi (1991), inicia-se pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual formula hipóteses e, pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómenos abrangidos pela hipótese.

A realização do presente trabalho, contou com recurso a fontes orais e escritas⁷, secundárias e primárias. No que concerne às fontes escritas, exploramos fontes primárias, que dizem respeito a documentos oficiais (relatórios, planos, actas, discursos), do Governo, de alguns organismos das Nações Unidas, da Organização da Unidade Africana, do Ministério da Saúde; fontes secundárias, tais como obras relacionadas com a problemática do HIV/SIDA, artigos (publicados e não publicados) produzidos tanto a nível nacional e internacional. As fontes orais são constituídas sobretudo por onze entrevistas abertas e dezanove semi-estruturadas feitas aos jovens, e a alguns especialistas na área do HIV/SIDA.

Seguindo o método etnográfico⁸, usamos como técnicas as entrevistas abertas, semi-estruturadas⁹ e a descrição em presença. Os dados foram recolhidos no Bairro George Dimitrov (também conhecida por Benfica, uma zona peri-urbana da cidade do

⁷ O levantamento bibliográfico foi uma constante durante o trabalho de pesquisa, tendo permitido uma maior familiarização com o assunto e permitido debruçar sobre os aspectos que se relacionam com a problemática do HIV/SIDA.

⁸ Partindo da perspectiva etnográfica, segundo a qual, qualquer caso que se estude em profundidade pode ser considerado representativo de muitos outros casos semelhantes, procedeu-se à análise das percepções sobre o HIV/SIDA dos jovens residentes no bairro George Dimitrov, em representação dos jovens residentes na zona peri-urbana da cidade do Maputo, na perspectiva de tirar conclusões mais gerais sobre o conjunto de elementos que influenciam a percepção/representação do HIV/SIDA (Lakatos e Marconi, 1991).

⁹ Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas; segundo (Trivinos, 1987: 145) nas entrevistas semi-estruturadas parte-se de certos questionários básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e em que seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Segundo Trivinos (1987: 145), no enfoque qualitativo, onde se pode usar a entrevista estruturada ou fechada, a semi-estruturada constitui um privilégio uma vez que esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Maputo) durante três semanas, num universo de jovens de quinze a vinte e quatro anos de idade, num total de trinta entrevistados. Destes, quinze tinham frequentado no máximo até ao ensino primário, e os restantes quinze tinham frequência do ensino secundário.

Antes de fazer estas entrevistas, elaborou-se um guião de forma a captar as várias dimensões em que se inscrevem as crenças e as práticas, procurando obter um panorama geral das percepções e representações sobre o HIV/SIDA.

O guião de entrevistas começou por solicitar a definição de SIDA por parte dos jovens, os seus sintomas, tratamento, prevenção. Depois procurou saber sobre as fontes de informação sobre o HIV/SIDA que chegam até aos jovens. Por último procura saber sobre a origem do SIDA e a percepção de risco de contrair a doença.

A apresentação dos resultados segue uma abordagem funcionalista e estruturalista. Tendo em conta a necessidade de rever os vários contornos e a complexidade das questões que permeiam as percepções sobre o HIV/SIDA dos jovens, de forma a dar um panorama geral acerca das percepções sobre o HIV/SIDA entre os jovens.

A adopção da perspectiva funcionalista, que segundo Lakatos e Marconi (1991) parte do pressuposto de que os indivíduos desenvolvem papéis e funções num contexto de acções sociais, que se realizam no interior e fora das instituições sociais, procuramos analisar a questão dos condicionalismos nos mecanismos de percepção sobre o HIV/SIDA.

A adopção de uma perspectiva estruturalista visa analisar as relações entre os diferentes elementos determinantes na percepção sobre o HIV/SIDA.

A análise dos resultados foi feita com recurso à interpretação e comparação. Isto permitiu a análise dos diferentes cenários e a descoberta de alguns condicionalismos na percepção e representação do HIV/SIDA.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Começamos aqui por descrever as percepções sobre o HIV/SIDA da biomedicina com base no Modelo Explicativo deste nível de percepção. As percepções sobre o HIV/SIDA por parte deste nível são canalizadas através das fontes de informação que na subsecção seguinte são enumeradas, que por sua vez é apreendida pelos indivíduos, na comunidade.

Seguimos esta lógica de apresentação de forma a fazer mostrar os mecanismos ligados a construção das percepções sobre o HIV/SIDA por parte dos jovens.

Na discussão, vamos começar por apresentar as percepções do HIV/SIDA da biomedicina, e depois apresentamos as percepções dos jovens sobre o HIV/SIDA. Mas antes de apresentarmos as percepções sobre o HIV/SIDA da comunidade, vamos apresentar as fontes de informação sobre o HIV/SIDA que chegam até aos jovens do bairro George Dimitrov, atendendo que as informações sobre o HIV/SIDA que chegam até à comunidade incluem as fontes oficiais (da biomedicina) e as fontes que classificamos como sendo não oficiais (vindas das redes em que estes indivíduos se inserem). Isto tudo por forma a entender a lógica da construção das percepções sobre o HIV/SIDA, e como estas são veiculadas para a população. Depois desta fase procedemos à discussão acerca das constatações a que chegamos.

Antes disso, apenas salientar que o estudo de caso foi no bairro George Dimitrov, localizado no Distrito Urbano N.º 5, zona peri-urbana da cidade do Maputo, com um total de 39,667 habitantes¹⁰.

8.1 Percepções da Biomedicina sobre o HIV/SIDA

Segundo o Modelo Explicativo da biomedicina, o SIDA é o nome dado a um conjunto de doenças, causadas pela ausência da resistência normal do organismo humano às

¹⁰ Segundo Instituto Nacional de Estatística- INE (1997).

infecções. O agente causador do SIDA é um retrovírus, conhecido como HIV (MISAU, 1998).

O HIV é transmitido por quatro métodos primários: através de relações sexuais, através de sangue contaminado e de produtos de sangue (tecidos, órgãos), através de agulhas contaminadas, seringas e outros instrumentos perfuro-cortantes, através da transmissão peri-natal (da mãe para o filho).

De uma maneira geral, transmite-se quando o sangue, o sêmen ou a secreção vaginal de uma pessoa infectada com o vírus HIV entra em contacto com o sangue ou com a pele ou mucosa não intacta de uma pessoa saudável (MISAU, 1998).

Os seus sintomas são variados e complexos, e podem incluir: febre, glândulas linfáticas inchadas, gretas na pele, diarreia persistente, tosse, severa perda de peso, fadiga, lesões na pele, perda de apetite (ONUSIDA, 1999).

Para a biomedicina, o SIDA é uma doença que ainda não tem cura, e pode levar à morte da pessoa infectada. Porém, existem as doenças oportunistas associadas à infecção pelo HIV que se podem tratar. Existem também os antiretrovirais, usados para retardar a evolução do HIV para o SIDA no organismo humano. Embora sejam medicamentos que não estão ainda disponíveis para a maioria da população, devido aos custos elevados para a sua aquisição.

8.2 As fontes de informação sobre o HIV/SIDA na comunidade

O Modelo Explicativo da biomedicina é veiculado para o Modelo Explicativo popular através de fontes de informação sobre o HIV/SIDA. Esta informação chega até à população do bairro George Dimitrov por via de rádio, jornais, televisão, palestras, teatro, amigos, familiares, vizinhos. Entre estas fontes, existem fontes oficiais e não oficiais, onde a informação que sai de cada uma delas possui determinantes específicas de prevenção do SIDA. As fontes não oficiais (redes sociais) seriam baseadas em informações de amigos e de pessoas próximas, e que por sua vez ouvem sobre o HIV através da biomedicina.

8.3 Percepções dos jovens sobre o HIV/SIDA

Do total dos entrevistados, todos já ouviram falar do HIV e do SIDA, e menos da metade desconhece o significado destas siglas. Quanto à origem da doença, alguns acreditam que ela “veio do norte”, esta percepção é dos jovens que não conhece o significado do HIV e do SIDA, estes sabem apenas afirmar que o SIDA é uma doença que mata.

No que concerne às formas de transmissão, há uma ideia consensual segundo a qual o SIDA apanha-se através de relações sexuais com uma pessoa infectada, sem protecção ou sem uso do preservativo, “sem usar jeito”¹¹.

São apontadas ainda como vias para contrair o vírus do SIDA a contaminação através de instrumentos perfuro-cortantes, tais como agulhas, lâminas, injeções. Cerca da metade do total dos entrevistados afirma que os instrumentos cortantes só podem levar à contaminação se não tiverem sido esterilizados e tiverem entrado em contacto com o sangue de uma pessoa infectada.

Aponta-se também a transmissão da mãe para o bebé durante a gravidez ou após o parto como uma das formas de transmissão do SIDA, mas esta forma de transmissão é partilhada por um número muito reduzido de entrevistados. É apontada ainda como forma de transmissão, dialogar e comer com uma pessoa infectada com o vírus do SIDA. A maioria dos entrevistados acredita que ter muitos parceiros garante a contaminação em quase cem por cento pelo vírus do SIDA, onde a única forma viável de evitar a contaminação é o uso do preservativo.

Quanto ao agente causador do SIDA, os jovens dão uma explicação que nos leva a conclusão de que não possuem uma ideia formada acerca do assunto. Bem menos que a metade dos entrevistados falou do HIV como o agente causador SIDA.

¹¹ A palavra “Jeitos” é usada pelos jovens, para se referir a marca de preservativo promovido pelo Populations Service International (PSI).

Os sintomas do SIDA apontadas pelos jovens incluem borbulhas em todo o corpo e emagrecimento. São apontados ainda, para além destes sintomas, tosse intermitente e queda de cabelo. Alguns não souberam descrever os sintomas da doença.

No que concerne ao tratamento da doença, a maioria corrobora a ideia de que o SIDA é uma doença que não tem cura, seja na biomedicina ou no curandeiro. Para estes jovens, os curandeiros não têm capacidades para tratar o SIDA, segundo eles, os curandeiros curam as DTSS¹², tais como a sífilis e a gonorreia; e uma vez contraído o SIDA, o indivíduo infectado permanece com a doença até à morte.

Porém, há um pequeno grupo que acredita na cura do SIDA, que corresponde a menos de metade dos entrevistados. Para estes, para se proceder a cura do SIDA basta que a pessoa infectada cumpra com os tratamentos a ela referentes no hospital. E depois de a pessoa cumprir com os tratamentos, a doença passará.

Os jovens acreditam que um indivíduo infectado pode levar uma vida saudável se esse indivíduo não saber que é portador do vírus do SIDA. Segundo afirmam, desde o momento em que o indivíduo souber que é portador do SIDA, começam a surgir um conjunto de doenças no corpo desse indivíduo. Muitos dos entrevistados acredita que o SIDA é uma doença inventada fora de Moçambique. E que foi trazida para cá através de vários mecanismos, tais como através de estrangeiros que para cá vêm a passeio ou a trabalho.

8.4 Discussão

As fontes de informação que chegam até eles incluem os acima enumerados. Dentre estas fontes, algumas são oficiais e as outras baseiam-se em informações através de amigos ou vizinhos, que por sua vez recebem informações através das fontes oficiais.

¹² O SIDA não é visto como uma DTS, para os jovens. Pois, segundo afirmam, o SIDA não só se transmite pela via sexual, mas também através do sangue; enquanto que as DTSS só se transmitem através de relações sexuais.

Entre os jovens existe uma certa concordância no que diz respeito às vias de transmissão do vírus do SIDA. Não há uma partilha de ideias no que diz respeito às formas de evitar a contaminação pelo vírus do SIDA.

Todos concordam que usar preservativo evita a contaminação do vírus pela via de relações sexuais. Na percepção biomédica, o vírus do SIDA pode-se albergar nas secreções vaginais e no sêmen, uma vez que estes podem conter fluidos sanguíneos que por sua vez podem conter o vírus (MISAU, 1998). Os jovens apenas enumeram que o SIDA apanha-se também durante as relações sexuais com alguém infectado. Estes não sabem especificar o mecanismo de transmissão aí vigente.

Alguns chegam a afirmar que apertar a mão de alguém infectado, dialogar, comer no mesmo prato com um indivíduo infectado são formas que garantem a contaminação pelo vírus do SIDA.

A maioria dos jovens entrevistados não relaciona o HIV e o SIDA. Para alguns destes, o HIV é uma doença que tem cura, enquanto que o SIDA não tem cura. Porém, alguns destes afirma que o SIDA é causado por um vírus.

Para maioria dos entrevistados, os sintomas do SIDA apontados incluem emagrecimento exagerado, "diarreia e tosse que não passa", "borbulhas em todo o corpo e principalmente na cara". Embora alguns destes jovens usem palavras diferentes para dizer a mesma coisa, a ideia deles é consensual, e é consensual também com a biomedicina.

Há ainda outros sintomas do SIDA apontados pelos jovens, tais como a queda do cabelo, a "cara muito branca" ou "manchas pretas na cara".

Quanto às formas de tratamento do SIDA, as opiniões divergem, enquanto uns acreditam que o SIDA tem cura, outros acreditam que o SIDA não tem .

Em alguns entrevistados é patente o entendimento da questão, ao dizerem que podem-se tratar algumas doenças que a pessoa venha a contrair enquanto estiver infectado vírus do SIDA.

A análise das percepções dos jovens sobre o HIV/SIDA dão conta que existem as suas percepções divergem. Analisando o resultado das entrevistas, as respostas que eles dão sobre as formas de prevenção, de tratamento e de concepção da doença variam. Depreende-se então que entre estes jovens, que tal como vimos enumeram como fontes principais de informação a rádio, televisão, jornal, palestras, teatro e que por sinal levam a mesma mensagem de prevenção, tratamento e de cura, existe uma disparidade nas percepções.

Seríamos tentados a dizer que basta ter informação, os indivíduos apreendem-na de igual modo, porém, depreendemo-nos com o facto de que estes indivíduos não desenvolvem as mesmas percepções. Depreendemo-nos com a existência de condicionalismos que, associados, levar-nos-iam ao entendimento das determinantes sociais e/ou culturais que interferem no processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA entre os jovens.

A ONUSIDA (1998) ilustra como alguns países com índices de escolaridade elevados possuem índices de propagação do HIV mais elevados em relação a países com índices de escolaridade mais baixos, onde muitas vezes as principais vítimas são indivíduos com um grau de escolaridade alto.

É retirada a hipótese de olhar para o baixo nível de escolaridade como sendo o único factor determinante na percepção sobre o HIV/SIDA, onde há todo um conjunto de ligações que permeiam a questão. Retomamos o ponto de alguns autores, tal como RDH (1997), que diz que a pobreza e a baixa escolarização são factores que devem

ser tomados em conta na análise do agravamento da situação da epidemia, e aliamos a outras perspectivas que olham para o conjunto de relações sociais que o indivíduo desenvolve ao longo de sua vida.

Para analisar as percepções sobre o HIV/SIDA entre os jovens do bairro George Dimitrov, associamos portanto às percepções, o nível de escolaridade e o conjunto de relações sociais que o indivíduo desenvolve, tal como demonstram os quadros a seguir:

Quadro 1:

	Percepção detalhada sobre o HIV	Percepção sobre o HIV	Total
Jovens com escolaridade máxima ensino primário	4	11	15
Jovens com frequência de ensino secundário	12	3	15

Quadro 2:

	Percepção detalhada sobre o HIV	Percepção sobre o HIV	Total
Conjunto de redes sociais constituídas por pessoas com "percepções" sobre o HIV/SIDA	3	7	10
Conjunto de redes sociais constituídas por pessoas com "percepções detalhadas"	13	7	20

Procuramos, a partir destes quadros, fazer uma relação entre o nível de escolaridade (primário e secundário), e a percepção dos indivíduos sobre o HIV/SIDA, por um lado. E por outro lado, a relação entre a inserção dos indivíduos num conjunto de relações sociais (com “percepções” e “percepções detalhadas”)¹³, e a percepção sobre o HIV/SIDA, como forma de demonstrar a relação entre cada uma destas situações e o nível de percepção.

Dos trinta entrevistados, quinze têm nível de escolaridade máxima o ensino primário (EP1 e EP2), e os restantes quinze têm frequência do ensino secundário. Dez desenvolvem relações sociais num conjunto de redes com “percepções” sobre o HIV/SIDA, outros vinte desenvolvem relações sociais num conjunto de redes com “percepções detalhadas”.

No quadro 1, dos quinze entrevistados com nível máximo de escolaridade o ensino primário, quatro têm uma “percepção detalhada” sobre o HIV/SIDA, e onze têm apenas “percepção” sobre o HIV/SIDA. Dos jovens que têm o ensino secundário, doze têm uma percepção detalhada, enquanto que os outros três têm apenas “percepção” sobre o HIV/SIDA.

No quadro 2, dos dez entrevistados que desenvolvem relações sociais com indivíduos com indivíduos com “percepções” sobre o HIV/SIDA, três têm uma “percepção detalhada” sobre o HIV/SIDA, os outros sete têm uma “percepção” sobre o assunto.

Dos vinte entrevistados inseridos em redes com “percepções detalhadas”, treze têm uma “percepção detalhada”. Os restantes sete têm uma “percepção” sobre o HIV/SIDA.

¹³ Os termos “percepções sobre o HIV” e “percepções detalhadas”, foram aqui usados apenas para indicar o nível de percepção do indivíduo em relação a percepção biomédica sobre o HIV/SIDA. A “percepção” sobre HIV/SIDA diz respeito a percepção fraca, enquanto que a “percepção detalhada” diz respeito a boa percepção.

Fizemos uma outra associação, entre nível de escolaridade, meio social e percepção. Aqui constatamos que, os jovens que têm como nível máximo de escolaridade o ensino primário e inserem-se em redes sociais com “percepções” sobre o HIV/SIDA, possuem uma “percepção” sobre o HIV/SIDA, ou melhor, possuem uma fraca percepção em relação aos jovens que têm o nível máximo o ensino primário e estão inseridos em redes sociais com “percepções detalhadas” sobre o HIV/SIDA.

Jovens que têm o ensino secundário e estão inseridos em redes sociais com “percepções sobre o HIV/SIDA, têm uma “percepção” ou têm fraca sobre o HIV/SIDA em relação aos jovens que têm o mesmo nível de escolaridade (nível secundário) mas que estão inseridos em redes sociais com boas percepções sobre o HIV/SIDA, “percepções detalhadas, conforme a relação que estamos aqui a utilizar.

Os dados acima mostram-nos, por um lado, que existe uma forte relação entre o nível de percepção sobre HIV/SIDA e o nível académico, onde os indivíduos que atingiram apenas o nível primário têm uma percepção sobre o HIV/SIDA mais limitada, em relação aos indivíduos que completaram o ensino básico.

Por outro lado, percebemos que existe forte relação entre o conjunto das relações sociais que o indivíduo desenvolve (com outros indivíduos) e o nível de percepção sobre o HIV/SIDA. Os jovens que desenvolvem relações sociais com indivíduos com “percepções” ou com fracas percepções sobre o HIV/SIDA, desenvolvem fracas percepções sobre o HIV/SIDA.

Isto pode ser justificado pelo facto de os indivíduos com um certo grau de instrução possuírem um instrumento de análise que os ajuda na percepção da realidade; neste caso, eles fazem uma melhor relação, no caso concreto do HIV/SIDA, com aquilo que eles aprenderam na escola.

A partir daquilo que os jovens aprendem a partir do ensino secundário, por exemplo, especificamente na disciplina de biologia, onde aprendem a ter uma relação com o organismo humano e não só, habilita-os a desenvolver uma boa percepção sobre o HIV/SIDA.

Segundo o (MINED, 1999), um dos objectivos do ensino básico é capacitar a criança, o jovem e o adulto com um conjunto de padrões de conduta, educar a criança, o jovem e o adulto na prevenção e combate às drogas, às doenças, incluindo o SIDA e outras DTSS.

Segundo a fonte, no ensino secundário, os jovens aprendem assuntos associados a vírus e bactérias. Neste nível de ensino, eles já têm uma ideia formada acerca do assunto, começando a aprender a partir do EP2. Isto vai ajudá-los a desenvolver uma percepção correcta acerca dos mecanismos de transmissão e prevenção do HIV/SIDA.

A partir do último ano do ensino primário os alunos são introduzidos ao estudo da fisiologia animal a nível elementar, do esqueleto e dos órgãos dos sentidos do homem, e também ao estudo de algumas doenças causadas por certos organismos ao homem¹⁴.

Segundo o currículo do ensino básico, 7ª classe (1989), nesta fase os alunos são preparados para desenvolverem conhecimentos acerca de doenças mais vulgares, provocadas por vírus, bactérias, protozoários e vermes, e ainda as medidas de prevenção dessas doenças, e serem capazes de aplicar as medidas de prevenção das doenças estudadas e divulgar essas normas na comunidade.

Estes estudantes compreendem a lógica de funcionamento de microorganismos, o que lhes dá uma vantagem em relação aos outros indivíduos que não aprenderam acerca destes assuntos.

A percepção sobre o HIV/SIDA é por outro lado condicionada pelo conjunto de relações sociais que os indivíduos desenvolvem, onde a inserção deste em meios onde existam boas percepções, capacita-o a ter melhor percepção, e quanto maiores forem as redes de interacção, mais conhecimentos os indivíduos vão desenvolver sobre o HIV/SIDA.

¹⁴ MINED (1989), programa de biologia, 7ª classe, ano de introdução 1989. Sistema Nacional de Educação.

Nesses conjuntos de relações, numa acepção de Spiro (1984), os indivíduos vão enculturando? novos conhecimentos e ao mesmo tempo vão reforçando e reconstruindo-nas; isto é, no processo de enculturação, os indivíduos reconstróem suas percepções sobre o HIV/SIDA.

9. CONCLUSÃO PRELIMINAR

Os resultados obtidos, a partir da experiência etnográfica por nós realizada indicam que as percepções sobre o HIV/SIDA entre os jovens são diferentes.

No momento de divulgação de informação sobre o HIV/SIDA, o Modelo Explicativo da biomedicina é canalizado para a comunidade, através das fontes de informação.

Ao fazermos por um lado, uma relação entre o nível de escolaridade e a percepção sobre o HIV/SIDA, e por outro lado, uma relação entre a frequência de redes sociais e o tipo de percepção, Observamos que:

Por um lado, os indivíduos que nunca frequentaram a escola e os que têm frequência ou concluíram o ensino primário, desenvolvem percepções fracas (ou melhor, desenvolvem “percepções”, como vem sendo usado ao longo na discussão) sobre o HIV/SIDA, em relação aos jovens que têm frequência do ensino secundário.

Por outro lado, os jovens que inserem-se em redes de relações onde existem boas percepções (“percepção detalhada”, como vem sendo usado na discussão) sobre o HIV/SIDA, têm melhor percepção sobre a questão, em relação àqueles que desenvolvem relações em grupos em que não existe uma boa percepção.

Depreendeu-se também que, os jovens que têm boas redes de relações sociais e ao mesmo tempo têm frequência do ensino secundário, têm melhor percepção sobre o HIV/SIDA em relação aos jovens que têm boas redes de relações sociais e têm o nível máximo de escolaridade o ensino primário.

Os jovens que têm como nível máximo de escolaridade o ensino primário e ao mesmo tempo estão inseridos em redes com fracas percepções sobre o HIV/SIDA, a sua percepção sobre o HIV/SIDA é mais fraca em relação aos jovens que têm como nível máximo de escolaridade o ensino primário e ao mesmo tempo inserem-se em redes sociais com boas percepções sobre o HIV/SIDA.

Daí ressalta que o nível de escolaridade por si só não determina uma boa percepção sobre as formas de prevenção e de contrair o HIV/SIDA. Porém, este factor mostra-se apenas como um dos condicionalismos. Há outros condicionalismos que intervêm no processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA, como o acesso à informação e o conjunto de redes sociais nas quais os jovens estão inseridos.

Um bom nível de escolaridade garante o desenvolvimento de boas percepções sobre o HIV/SIDA; por outro lado, a inserção do indivíduo num conjunto de redes de relações sociais possibilita também o desenvolvimento de percepções sobre o HIV/SIDA, através de um processo de construção e de reconstrução destas percepções.

O acesso ao mesmo tipo de informação vinda da biomedicina não leva necessariamente a mesma percepção sobre o HIV/SIDA por parte dos jovens. É assim que os jovens do bairro George Dimitrov, apesar de terem acesso ao mesmo tipo de informação, desenvolvem percepções diferentes sobre o HIV/SIDA.

O nível de escolaridade, por um lado, garante aos indivíduos o desenvolvimento de capacidades que garantem uma percepção correcta sobre o HIV/SIDA. Por outro lado, o conjunto de redes de relações sociais em que um indivíduo estiver inserido, vão condicionar uma maior informação sobre as formas de transmissão, de prevenção, e toda uma série de medidas ligadas à prevenção do HIV/SIDA. O conjunto de interações que os indivíduos desenvolvem, podem permitir uma apreensão das formas correctas de transmissão e prevenção, reforçando as suas percepções sobre a questão.

Posto isto, podemos concluir que a construção das percepções dos indivíduos é condicionada pelo meio, através de um conjunto de redes de relações sociais em que os indivíduos se inscrevem e orientam as suas práticas.

Associado a esta determinante, está o nível de escolaridade, uma vez que a escola é um dos garantes do desenvolvimento do indivíduo, do fortalecimento de

conhecimentos sobre medidas preventivas, através de um leque de situações que estes factores possibilitam aos indivíduos, ficando estes "expostos" à informação.

Neste contexto subscrevemos a posição de Webb (1997), segundo a qual a construção de percepções correctas sobre o HIV/SIDA passa pela reconceptualização de um conjunto de ideias de prevenção e de intervenções aproximadas, com questões políticas mapeadas considerando os recursos, direitos humanos e delegação de poderes.

De forma particular, os projectos virados para o desenvolvimento de alternativas de minimização dos efeitos do HIV/SIDA, terão que integrar meios para melhorar o acesso e disponibilidade da escolarização básica aliada ao fortalecimento das redes sociais dos jovens, provendo-os de informação simples e acessível, e que tenha em conta o contexto social no qual levar a mensagem, devido a factores culturais prevaletentes.

Uma mensagem cuidada ajudava a contornar as lacunas existentes na nossa sociedade, tais como o fraco desenvolvimento da educação e a pobreza, que assolam a população, e que não dão espaço aos indivíduos para desenvolver meios de ultrapassar certas dificuldades sociais, como por exemplo o fraco acesso a informação.

Devido à sua complexidade, cada um destes condicionalismos por si só pode não confere ao indivíduo uma boa percepção sobre o assunto, existindo a questão dos valores culturais dominantes.

Indivíduos com elevado nível de escolaridade podem ser influenciados negativa ou positivamente pelo meio social em que estiverem inseridos, no que concerne à percepção sobre o HIV/SIDA. O processo inverso também é válido, pois, indivíduos com baixa escolaridade, se inseridos num meio onde as pessoas possuem percepções sólidas sobre o HIV/SIDA, podem desenvolver e reforçar a sua percepção sobre o HIV/SIDA.

Portanto, como já havíamos salientado, elevado nível de escolaridade aliado ao conjunto de redes de relações sociais, onde existem indivíduos com boas percepções, condicionam uma boa percepção sobre o HIVSIDA nos indivíduos.

10. BIBLIOGRAFIA

AMARAL, Wanda do (1995). Guia para Apresentação de Teses, Dissertações, Trabalhos de Graduação. Maputo: Livraria Universitária.

ARRISCADO NUNES, João (1995). Com Mal ou Com Bem, aos Teus Tem Além: As Solidariedades da Sociedade Providência. In: Revista Crítica de Ciências sociais. nº.42, Maio.

BAGNOL, Brigitte (1998). Pesquisa Qualitativa sobre DTS/SIDA em Quelimane, Maganja da Costa e Pebane. Quelimane : ACTIONAID.

BANGO, Celeste et al. (1998). Pesquisa Qualitativa sobre DTS/SIDA no Distrito de Marracuene. Maputo: ICS.

BAUMAN, Laurie, J., ADAIR, E. Greenberg (1992). *The Use of Ethnographic Interviewing to Inform Questionnaire Construction*. In: Health Education Quarterly. Wiley & Sons, Vol. 19, N.º 1, pp. 9-23.

BILLOT, C.; PALACIO, R. Avaliação e Impacto dos Grupos de Teatro para o SIDA: Distritos de Chibuto, Chókwé e Guijá. Província de Gaza: MSF Swiss.

BROWN, Peter J., BARRET, Ronald L., et al. (1998). Medical Anthropology: An introduction to the fields. Understanding Medical Anthropology. California: Mayfield Publications.

CAMPBELL, Catherine (2000). *Selling Sex in the Time of AIDS: the psycho-social context of condom use by sex workers on a southern African mine*. In: Social Science & Medicine, Vol.50, pp. 479-494.

CARVALHO FERREIRA, J. M. (1995). Sociologia. Portugal: MacGRAW-HILL.

CERVO, Amado Luiz, e BERVIAN, Pedro Alcino (1996). Metodologia Científica. 4ª Edição, São Paulo: Makron Books Editora.

CHICUECUE, N.; VAZ, A.; MAZIVE, S. (1998). Avaliação do Projecto de Informação, Educação e Comunicação sobre HIV/SIDA nas Escolas e Comunidades da CVM 1994-1998. Maputo: UNICEF.

GEERTZ, Clifford (1989). A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

HUNT, Charles W. (1996). *Social vs Biological: Theories on the Transmission of AIDS in Africa*. In: Social Science & Medicine, Vol.42, Nº 9, pp.1283-1296.

JURG, Annemarie et al. (1992). Crenças e Práticas Tradicionais Relativas à Diarreia Infantil e às Doenças de Transmissão Sexual na Província de Manica. Maputo: MISAU- Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional- GEMT.

KALIPENI, Ezekiel (2000). *Health and Disease in Southern Africa: a comparative and vulnerability perspective*. In: Social Science & Medicine, Vol.50, Nº7-8, pp. 965-983.

KARLYN, A.S.; MONJANE, P.M. (1998). Inquérito Nacional sobre a Prevenção do SIDA. Maputo: PSI.

KARLYN, A.S.; MUSSÁ, Fátima (2000). Estudo Qualitativo com Grupos de Alto Risco- EquAR: Jovens Dentro e Fora da Escola na Cidade do Maputo. Relatório final. Maputo: PSI/PNCDTS/HIV/SIDA.

KLEINMEN, Arthur (1980). Patients and Healers in the Context of Culture: an explanation of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. USA: University of California Press.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade (1991). Metodologia Científica. São Paulo: Atlas Editora, 2ª edição.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade (1991). Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas Editora, 3ª Edição.

LICHTENBERG, E.; MATAVELE, C.; EUSÉBIO, M.; CARDOSO, F. (2000). Luta Contra o SIDA na Comunidade Local. Maputo: ADPP/ UNICEF.

MACOO, Carlos A. (1997). Avaliação das Percepções e Acções de Prevenção do HIV/SIDA na Cidade da Beira, UNICEF.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria (1999). Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 4ª Edição.

MARRATO, Josefa et al. (1995). Relatório de Pesquisa e Estratégia de Comunicação: Crenças e Práticas Tradicionais Relativas às DTS/SIDA, Doenças Diarreicas Infantis e Saúde Mental na Província de Nampula. Maputo: Ministério da Saúde- Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional.

MAYER, Jonathan D. (2000). *Geography, Ecology and Emerging Infectious Diseases*. In: Social Science & Medicine, Nº 50, pp. 937-952.

Ministério da Educação (1999). Plano curricular do ensino básico. Projecto de transformação curricular para o ensino básico sob os auspícios da UNESCO. Maputo: Agosto de 1999.

Ministério da Saúde (1999). Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA: 2000-2002. Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (1999). Plano Estratégico Nacional: Seminário para Análise da situação da Epidemia de HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, Instituto Nacional de Estatística, Centro de Estudos da População- Universidade Eduardo Mondlane (2000). Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: MISAU.

MOGENSEN, Hanne O. (1997). *The Narrative of AIDS among the Tonga of Zambia*. In: Social Science & Medicine, Vol. 44, Nº4, pp. 431-439.

MONJANE, P.; MUCHANGA, M. et al. (1999). NAPS- National AIDS Prevention Survey of Mozambique Sexual Behavior and Condom Use- Final Report. Maputo: PSI.

MUCHINE, C.; BAZIMA, M. (1998). Sexualidade, Família, Educação: DTS/SIDA e Planeamento Familiar. Maputo: SCF USA.

MUNKUA, B., NAMBURETI, E.; PAULINO, L. (1989). Pesquisa acerca da compreensão do livrinho sobre doenças de transmissão sexual (DTS). Maputo: ICS.

NHAMBIR, Alex J. (2000). Aculturação e Percepções de Doença- Os Jovens e as Doenças Sexualmente Transmissíveis: O caso da Cidade de Chimoio. Projecto de pesquisa, Licenciatura, Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais- UFICS/ UEM.

ONUSIDA (1998). HIV and human development: The devastating impact of AIDS. Genebra.

ONUSIDA (1999). AIDS and HIV infection: Information for United Nations Employees and their Families. Genebra, Suíça.

ONUSIDA (2000a). AIDS Epidemic Update, December 2000. Genebra, Suíça.

ONUSIDA (2000b). National AIDS Programmes. A Guide to Monitoring and Evaluation. Genebra: Junho, 2000.

ONUSIDA (2000c). Relatório Final do Projecto SIDA. Maputo

ONUSIDA (2000d). Report on a Global HIV/AIDS Epidemic. Genebra: Junho, 2000.

ONUSIDA, OMS (1998). Rapport sur l'Epidemie Mondiale de VIH/SIDA. Genebra: Junho, 1998.

OUA (1997). Declaration on the epidemic in Africa- Background. Dakar, 17 pp.

PSI (1997). Comunicação e Marketing para a Prevenção da SIDA. Maputo: PSI/MISAU.

PSI (1998). Inquérito Nacional sobre a Prevenção do SIDA, Comportamento Sexual e Uso de Preservativo (INPS). Maputo: PSI.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

REID, Elisabeth (1995). HIV & AIDS: the Global Inter-Connection. USA: Kumarian Press.

SEAS (1990). O Campo da Antropologia da Saúde. Maputo: Doc.CCSEAS/1/92. In: HEGGENHOUGEN K. e DRAPER A., Medical Anthropology and Primary Health Care: An introduction and selected annotated bibliography.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho (1997). O Conceito de Saúde. São Paulo: Revista de Saúde Pública, Nº 31, pp.538-42.

SIMOQUE, M.; SITO, L. ; ZANDAMELA, I. (1994) Pesquisa Qualitativa sobre os Temas do Projecto "Educação para a Vida Familiar": Higiene, Nutrição, DTS/SIDA e Saúde Reprodutiva. Maputo: FNUAP/ICS.

SPECTOR, Nelson (1997). Manual para a Redacção de Teses, Dissertações e Projectos de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

SPIRO, Melford E. (1984). *Some Reflections on Cultural Determinism and Relativism with Special Reference to Emotion and Reason*. In: R. A. Shweder R. A. LeVine (orgs.) Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion. Cambridge: University Press.

TAIMO, N. (1997). Estudo CAP e Pesquisa Qualitativa sobre Saúde Reprodutiva dos Adolescentes de 13 a 18 Anos nos Distritos de Mocuba e Quelimane- Província da Zambézia. Maputo: PROJECTOS MOZ/95/P09 e MOZ/94/P03, SMI/MISAU/ICS, Outubro de 1997.

TAYLOR, M., JINABHAI, C. C., DLADLA, N. A., et al. (1999). HIV/AIDS Health Education for Rural Kwazulu-Natal Primary School Pupils.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva (1997). Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas Editora.

UCHÔA, Elizabeth, e VIDAL, Jean Michel (1994). Antropologia Médica: Elementos Conceptuais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, Vol.10, Nº 4, pp. 497-504, Out/Dez de 1994.

UNICEF (1999). Bibliografia Anotada de Pesquisa sobre HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: UNICEF/MONASO.

VELASCO, Palmira. Abstinência Sexual pode Travar Infecção: vírus do HIV só vive no Homem. Demos, 13 de Junho de 2001. Nº 341, Maputo, pp. 19.

WEBB, Douglas (1997). HIV and AIDS in Africa. London: Pluto Press.

WILSON, David; GREENSPAN, Ruth; WILSON, Christopher (1989). *Knowledge about AIDS and Self-Reported Behaviour among Zimbabwean Secondary School Pupils*. In: Social Science & Medicine, Vol. 28, N°9. pp. 957- 961.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DOS ENTREVISTADOS

1. Enoque Vasco, 20 anos, estudante, 9ª classe
2. Souza Timbane, 23 anos, doméstica (tem frequência da 3ª classe)
3. Sebastiana Zaqueu, 16 anos, estudante, 8ª classe
4. Moisés Matine, 21 anos, estudante, 10ª classe
5. Marta Sibinde, 15 anos, doméstica, 0 classe
6. Anastácia Cuna, 24 anos, funcionária, 9ª classe
7. Madalena Maria Tembe, 20 anos, estudante, 10ª classe
8. Saúl de Souza, 18 anos, desempregada (tem frequência da 4ª classe)
9. Adérito da Silva Tembe, 16 anos, estudante, 7ª classe
10. Maria das Dores Sambo, 15 anos, doméstica (tem frequência da 2ª classe)
11. Josefa Macome, 25 anos, desempregado (tem frequência da 8ª classe)
12. Ermelinda Sara Bazima, 21 anos, estudante, 9ª classe
13. Juca Manuel, 17 anos, vendedor, 0 classe
14. Celestino da Costa, 22 anos, conta-própria, (tem frequência da 9ª classe)

15. Berta Marta, 19 anos, doméstica, 0 classe
16. Mirza Ngovene, 15 anos, estudante, 8ª classe
17. Maria Amélia Siteo, 16 anos, doméstica, (tem frequência da 5ª classe)
18. Policarpo Macuvel, 17 anos, estudante, 8ª classe
19. Hermenegildo Sigáúque, 24 anos, vendedor (tem frequência da 2ª classe)
20. Evaristo Pedro, 20 anos, desempregado, 0 classe
21. Lizete Mónica, 23 anos, desempregada (tem frequência da 4ª classe)
22. Elisa Samuel, 16 anos, vendedora (tem frequência da 2ª classe)
23. Felisberto Sendela, 22 anos, estudante, 9ª classe
24. Maurício Daniel, 22 anos, desempregado, 0 classe
25. Sandra Malate, 18 anos, doméstica, (tem frequência da 4ª classe)
26. Jaime Afonso, 16 anos, tem a 9ª classe feita
27. Mónica Moisés Chombene, 24 anos, 8ª classe feita
28. Sara Zibia, 19 anos, 8ª classe
29. Mutacate Sarmento, 23 anos, 6ª classe
30. Mateus Jaime Ubisse, 22 anos, 8ª classe

ANEXO 2

GUIÃO DE ENTREVISTAS

Número da entrevista:

Data:

Horas:

Idade:

Sexo:

Classe atingida:

I.

1. Qual é a sua profissão?
2. Tem outra ocupação?
3. O que faz nos tempos livres?
4. É membro de alguma associação ou organização desportiva?
5. Se sim, enumere qual (s)
6. Que tipo de actividades desenvolve nesses grupos?
7. É (tem participado muito nos eventos lá realizados?)
8. Se sim, é membro activo no grupo?

9. Como demonstra isso?

II.

1. Já ouviu falar de SIDA?
2. Pode descrever a doença?
3. Quais as causas da doença?
(5-6 causas mais importantes).
4. Quais os os tratamentos?
5. Métodos de prevenção?
6. Quem pode ter SIDA?
7. Onde recebe informação sobre SIDA?
8. A fonte de informação mais importante para si?
9. A fonte que lhe deu mais informação sobre o SIDA?
10. Que tipo de informação chegou de cada fonte:
11. O que faz nos tempos livres?
12. Tem medo de apanhar SIDA? Porquê?
13. Onde acha que surgiu a doença?

14. Acha-se em risco de contrair HIV/SIDA?

Se sim, porquê?

15. Conhece alguém que tem SIDA ou que morreu de SIDA?