



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais
UFICS

Departamento de Sociologia

Dissertação Apresentado em Cumprimento Parcial dos Requisitos
Exigidos Para a Obtenção do Grau de Licenciatura em Sociologia na
Universidade Eduardo Mondlane

“Representações Sociais do SIDA:
Relações entre as Representações Sociais e o
Comportamento Sexual”

Supervisor: Dr. Elísio Macamo
Autor: Ibraimo Manuel Chaleca

Maputo, Setembro de 2002

UE.M. - UFICS
R. E. 4411
DATA 12 / 07 / 05
AQUISIÇÃO <i>oferta</i>
COTA SOC-11

Índice

I. INTRODUÇÃO	1
1.1 O HIV/SIDA em Moçambique: Resposta face à Epidemia	3
1.2 Problemática	6
1.3 Breve Caracterização de Nhamatanda	12
1.4 Relevância	14
II. REVISÃO DA LITERATURA	16
III. ORIENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1 Orientação Conceptual	27
IV. METODOLOGIA	31
V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
5.1 As Representações Sociais do SIDA	34
5.2 Comportamento Sexual	39
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	51
Anexo 1	51
Anexo 2	52
Anexo 3	53

DECLARAÇÃO

Declaro que este Trabalho de Fim de Curso na modalidade de Projecto de Inÿestigaço nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau.

Este trabalho resulta da minha investigação pessoal estando indicadas ao longo do texto e na bibliografia as fontes utilizadas para a sua elaboração.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Manuel Chaleca e Aissa Ussumane Dauto Abdula,
aos meus irmãos Chaleca, Fernando, Luciano e Henriqueta.

AGRADECIMENTOS

Especial agradecimento vai ao meu supervisor, o **Dr. Elísio Macamo**, que para além do seu incasável apoio e atenção, soube ajudar-me a pensar e a construir uma visão sociológica, desde à concepção do projecto à elaboração do relatório final.

Ao Dr. Gulamo Tajú, pelas suas contribuições; ao dr. Johane Zonjo pelas suas observações e críticas; À Dra. Maria A. Thiengo, pelo apoio incondicional e suas chamadas de atenção e à memória do dr. Mapossa.

Ao Ministério da Saúde, pelo apoio financeiro que tornou possível a realização deste trabalho, particularmente ao Dr. Avertino Barreto.

À minha namorada, Chicape, pelo amor e carinho que sempre me deu em todos os momentos da minha carreira estudantil.

De um modo geral, a todos que tornaram possível a realização deste trabalho, pois sem o apoio de todos vós, não seria possível realizá-lo.

ABREVIATURAS

CAP – Estudos sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas

CEA – Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane

DTS – Doenças de Transmissão Sexual

FHI - Fundação Internacional Contra Fome

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

MISAU – Ministério da Saúde

MMCAS – Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG's – Organizações Não Governamentais

PDD – Perfil de Desenvolvimento Distrital

PEN – Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA

PSI – Serviço Internacional para População

RNDH – Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida

UNAIDS – Organização das Nações Unidas para o HIV/SIDA

RESUMO

O objectivo deste trabalho é analisar a relação entre as representações sociais do SIDA e o comportamento sexual dos jovens estudantes da Escola Secundária de Nhamatanda.

Num mundo em mutação constante, as concepções e opiniões sobre o fenómeno HIV/SIDA são pertinentes, pois as representações dão origem à atitudes distintas. Através da metodologia de entrevistas, é possível chegar às representações sociais de um fenómeno qualquer – metodologia que utilizamos para o trabalho.

Este trabalho parte da constatação da existência de muita informação sobre às formas de prevenção e às de contrair o vírus do HIV/SIDA e da persistência de comportamento sexual de alto risco. Foi a partir desta constatação que nos interrogamos:

“Por que é que prevalece comportamento sexual de alto risco tendo em conta a existência de tanta informação sobre a prevenção do HIV/SIDA?”

Os resultados da análise deste estudo permitiram concluir que a representação social do SIDA estrutura-se em torno de cognições ligadas à prevenção, isto é, ligadas às mensagens das campanhas de prevenção do HIV/SIDA, revelando uma contradição entre os conteúdos de conhecimento e as práticas ou comportamento sexual relatadas pelos jovens.

Portanto, as representações sociais do SIDA estão por detrás da persistência do comportamento sexual de alto risco entre os jovens estudantes da Escola secundária de Nhamatanda. A “indiferença confiante” e “amor eterno amor” são duas categorizações que impedem os jovens de agir segundo as informações que dizem acreditar.

I. INTRODUÇÃO

Segundo o Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA (1999), mostra que se infectam diariamente cerca de setecentas pessoas em média, sendo a população jovem a mais afectada, com cerca de quatrocentas e setenta e seis infecções diárias. Grande parte das transmissões do HIV/SIDA decorrem de práticas sexuais sem protecção.

O crescente e sistemático número de infectados pelo vírus de HIV/SIDA, associado à falta de um tratamento que cure esta epidemia, têm suscitado vários debates sobre o impacto desta em vários domínios da vida social. Contudo, apesar dos esforços desenvolvidos para a prevenção e combate ao SIDA, o número de infectados continua a aumentar diariamente, tornando-se, assim, um problema preocupante para todos seres humanos e, conseqüentemente uma problemática de menção obrigatória em qualquer análise social de um dado país.

Neste sentido, pensar na propagação do SIDA entre os jovens implica reflectir sobre a maneira como estes percebem a epidemia, dado o seu carácter social. Ademais, deve-se considerar o significado construído por jovens sobre a epidemia, isto é, acolher as concepções e opiniões sobre o fenómeno em questão.

Assim, surge o interesse em desenvolver o presente trabalho, cujo tema é "Representações Sociais do SIDA". Considerando que "representações sociais" e "práticas" estão estreitamente ligadas, determinando não só comportamentos distintos, como também atitudes distintas diante do problema (Abric, 1994), entende-se que o sentido que os jovens atribuem ao HIV/SIDA pode determinar posturas de maior ou menor auto-protecção em termos de saúde ou de adesão às práticas preventivas.

Pretendemos, neste sentido, captar as representações sociais do SIDA e analisar o comportamento sexual dos jovens, por um lado, e analisar a relação que

se estabelece entre as representações sociais do SIDA e o comportamento sexual, por outro, tomando a Escola Secundária de Nhamatanda como estudo do caso.

Nessa óptica, duas abordagens teóricas vão orientar a nossa análise, sendo a perspectiva moscovicianiana a principal. Para Moscovici (1978), psicólogo social, as representações sociais são entendidas como uma modalidade de conhecimento particular visando a elaboração de comportamentos e comunicação entre os indivíduos. A segunda é a perspectiva sustentada por Minayo (1994), socióloga, em que as representações sociais são percebidas como categorias de pensamento que expressam uma determinada realidade.

O trabalho está dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo, começamos por apresentar, numa forma sintética, a resposta nacional face à epidemia, a problemática, em que são levantadas várias questões que podem estar associadas a prevalência do comportamento sexual de alto risco, para em seguida fazer uma breve caracterização do distrito de Nhamatanda e apresentar a relevância do nosso trabalho.

No segundo capítulo, apresentamos a revisão da literatura, em que se procura dar uma visão geral das perspectivas adoptadas em alguns estudos feitos na área do HIV/SIDA. No terceiro capítulo, apresentamos a orientação teórica, na qual se procura visualizar algumas teorias que tratam das representações sociais e faz-se a definição dos conceitos fundamentais deste trabalho.

No quarto capítulo, temos a metodologia, e nela constam os passos seguidos na realização do trabalho, desde a pesquisa bibliográfica à elaboração do relatório. No quinto capítulo, apresentamos os resultados empíricos e a sua discussão. Neste capítulo, faz-se a apresentação e discussão de duas questões: a primeira é relativa as representações sociais do SIDA e, a segunda aborda questões sobre o comportamento sexual. No sexto capítulo, apresentamos as considerações finais do trabalho.

1.1 O HIV/SIDA em Moçambique: Resposta face à Epidemia

Nesta parte do estudo, procuramos dar o ponto da situação do SIDA em Moçambique em termos de actividades levadas a cabo face à problemática do SIDA desde que foi diagnosticado o primeiro caso em 1986. Assim, são apresentadas as acções desenvolvidas e a avaliação da situação no país.

Na busca de respostas mais eficazes para o controle da epidemia, entenda-se políticas preventivas, o governo moçambicano iniciou em 1988, com a criação, no Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Combate ao SIDA (PEN, 1999:11). Estas incluíram o desenvolvimento e disseminação de mensagens sobre a prevenção do HIV/SIDA, através de materiais de educação, teatro de rua, televisão e rádio.

As estratégias preventivas partem do pressuposto básico de que dando informação correcta acerca da transmissão e prevenção é suficiente para a mudança do comportamento sexual e as intervenções desenvolvidas nos últimos tempos centram-se mais em pessoas de comportamento de alto risco ou "grupo de risco".

Paralelamente à resposta do governo, tem crescido a resposta comunitária, através das ONG's e de outras associações. Presentemente, existem 58 programas e projectos que trabalham na área do HIV/SIDA, sendo 29 geridos por ONG's e outras organizações nacionais e 9 por ONG's internacionais¹. A quase totalidade destas limita-se a implementar actividades de informação, educação e à promoção do preservativo (Ibidem:11).

De referir que, devido à guerra, não houve nenhum mecanismo para tornar os preservativos e a informação disponíveis em todas as partes do país. Estes

¹ Estes dados são referentes ao ano de 1999, não tendo encontrado dados sistematizados referentes ao ano 2002.

estavam disponíveis apenas em quantidades limitadas nos estabelecimentos da saúde e farmácias, até que o projecto Campanha Sobre o Preservativo começou a promover e a vender os preservativos *Jeito*, em meados de 1995.

O Projecto alcançou a cobertura nacional em duas fases. A primeira começou com o marketing social dos preservativos *Jeito* em Abril de 1995, nas províncias de Maputo, Sofala, Manica e Tete. A segunda fase expandiu-se a todo espaço nacional em 1997, quando as actividades começaram nas restantes províncias.

As actividades da Population Services International-Mozambique (PSI-Moçambique) incluem actividades de comunicação interpessoal². As actividades incluem também a projecção de vídeo “epidemia silenciosa” nas principais clínicas de atendimento das DTS. A publicidade inclui “spots” televisivos e de rádio e a distribuição de cartazes e panfletos, entre outro material escrito educativo (Relatório PSI, 1999).

De acordo com o mesmo relatório, a maior parte dos entrevistados já esteve exposta a pelo menos uma actividade de Marketing Social da PSI (tal como os dados indicam: 86% de mulheres e 90,4% de homens do total dos entrevistados), quer pelos meios de comunicação de massa e publicidade, quer pelas actividades de comunicação interpessoal. Nos postos de venda de preservativos, mais homens do que mulheres estiveram expostos às actividades de Marketing Social.

A maior parte dos sexualmente activo que usou preservativo na sua última relação sexual foi com parceira ocasional, 62%. Destes, 62,9% já utilizou o preservativo de rótulo *Jeito*; 9,9% usou outros comercializados no mercado nacional; 15,9% já utilizaram preservativos sem rótulo e 31,3% nunca usou preservativo (Ibidem: 7).

² Segundo o relatório da PSI *Jeito* (1999), a comunicação interpessoal refere-se à debates entre os pares.

Estudos feitos no país, evidenciam níveis altos de conhecimento de prevenção do HIV/SIDA, apesar de existirem barreiras quanto ao uso do preservativo (Relatório PSI, 1999), e a manutenção de vários parceiros não regulares. Os inquiridos reportaram não terem usado o preservativo na sua última relação sexual justificando para tal a existência de confiança, 62,8%.

Os dados atrás apresentados, mostram que, em termos de género, não existem grandes diferenças de exposição às actividades de marketing social da PSI. Mas, em termos de faixa etária, os inquiridos entre os 18 e 24 anos estiveram mais expostos às actividades da PSI, seguidos dos grupos de 25 e 31 anos e 32 e 38 anos, depois pelo grupo de 39 e 49 anos e por último o grupo de 13 e 17 anos (Ibidem:9).

Em termos de regiões, os inquiridos da região centro reportaram maior exposição, seguidos dos da sul, sem grande diferença com os da norte (90%, 87,6% e 87,5% respectivamente)³.

A exposição por tipo de actividade em cada região é a seguinte: cerca de 69% dos inquiridos estiveram exposto à publicidade radiofónica, mais no sul (73,2%) do que no centro (69%) e no norte (67,1%). Cerca de 26% dos mesmos estiveram exposto à Televisão, cabendo ao sul 52,5%, o centro cerca de 23% e o norte 11,5%.

No que se refere a comunicação interpessoal, estiveram mais expostos ao teatro, 65,5%, seguido de "fogo cruzado", 47,7% e, em muito baixa percentagem, ao vídeo "epidemia silenciosa", 4,9%. Outras actividades e artigos publicitários da PSI, como camisetas e chapéus, cartazes e concertos musicais, foram igualmente apontados pelos inquiridos.

³ Estes dados reflectem em parte as fases de implementação do projecto da PSI *Jeito - Moçambique*.

Uma análise dos dados do inquérito mostram que grande parte dos inquiridos estiveram mais expostos a três actividades de Marketing Social da PSI e, a maior parte dos entrevistados, afirmaram que acreditam na existência do SIDA, 93,1%, dos quais cerca de 34,7% usou preservativo na sua última relação sexual (Relatório PSI, 1999).

1.2 Problemática

A aquisição do síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) é hoje flagelo de toda a humanidade⁴. Este facto tem sido reportado em quase todas as partes do mundo.

A maioria dos casos de infecção pelo HIV encontram-se em países em desenvolvimento, grande parte, em países que não podem arcar com as despesas de pessoas infectadas. De facto, oitenta e seis por cento das pessoas com infecção pelo HIV/SIDA vivem na África, mais precisamente na região sub-sahariana (Relatório UNAIDS/OMS, 1999).

Desde que foi detectado o primeiro caso de SIDA em Moçambique, em 1986, o número de casos tem vindo a aumentar de forma sistemática nos últimos anos. A análise das estimativas de prevalência do HIV, mostra que em 1999 se infectam por dia setecentas pessoas pelo HIV, em média. A população com mais de vinte anos de idade é a mais afectada, com quatrocentas e setenta e seis infecções por dia, seguida de recém-nascidos (dos zero aos quatro anos), com

⁴ O vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua a disseminar-se por todo o mundo, atingindo comunidades que antes eram pouco vulneráveis à epidemia e sua virulência está aumentando em áreas onde o SIDA já é a principal causa da mortalidade em adultos. Segundo estimativas do programa das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (UNAIDS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), o vírus continua expandindo-se, causando cerca de 16.000 novos casos por dia. De facto, o HIV/SIDA já figura entre as dez principais causas de morte em todo o mundo (...) (Relatório UNAIDS/OMS, 1999).

cento e quarenta infecções por dia, que resultam da transmissão da mãe para o filho (PEN,1999:2).

Moçambique enfrenta uma situação de epidemia de HIV/SIDA que resultou, em 1998, numa prevalência de HIV, entre adultos, de cerca de catorze vírgula cinco por cento. A região central⁵ é a mais afectada, com trezentas e setenta e duas infecções diárias do HIV, contra cento e dezassete da região sul e cento e setenta e sete da região norte, em 1999.

As razões da existência e alastramento da epidemia de HIV/SIDA em Moçambique têm sido atribuídas ao êxodo havido, motivado fundamentalmente pela guerra que grassou o país na década de 1980 e nos primeiros anos da década de 1990, provocando a emigração de milhares de pessoas⁶. Após a guerra, as razões são atribuídas aos corredores de transporte internacionais, particularmente aos corredores de desenvolvimento (RNDH, 1999:70).

As relações heterossexuais constituem a principal via de transmissão de HIV em Moçambique, pois, segundo o RNDH (1999), estima-se que 2,3 milhões de adultos tenham tido relações sexuais com parceiros irregulares e, na maioria dos casos, sem qualquer protecção em 1997. No caso da Europa Ocidental, assim como na América do Norte, a via mais comum de transmissão de HIV concentra-se nos usuários de drogas injectáveis. No caso da Ásia, a transmissão ocorre fundamentalmente através de uso de drogas injectáveis e trabalhadores (as) de sexo (UNAIDS, 1999:3).

⁵ Segundo o RNDH, a região centro apresenta índices substancialmente mais elevados que os do resto do país. Porém, há alguma reserva em relação a estes dados, pelo facto de até 1998 o sistema de vigilância e recolha de dados não ser sistemático, pois contava com um posto no sul, três no centro e nenhum no norte. Também verifica-se na região centro uma elevada prevalência de Doenças de Transmissão Sexual (DTS) (RNDH, 1999:69).

⁶ A emigração era feita para os países vizinhos, particularmente para o Zimbabwe, Malawi e Zâmbia, onde os índices de prevalência do HIV/SIDA eram dos mais elevados da região Austral de África.

Um inquérito nacional sobre a prevenção do SIDA realizado entre 1996 e 1997 pelo Ministério da Saúde revelou que um milhão e seiscentos mil homens e setecentas e dez mulheres referiram ter relações sexuais com parceiros irregulares. Destes, um milhão e cento e três mil homens e quinhentas e setenta e seis mil mulheres referiram não ter usado o preservativo na última relação sexual que tiveram com esses parceiros.

A problemática do HIV/SIDA pode ser abordada sob várias perspectivas de análise que, no seu conjunto, fornecem uma visão mais ampla e profunda sobre o fenómeno em questão.

Pretende-se, numa perspectiva de análise social, compreender a questão da prevalência do comportamento sexual de alto risco, estabelecendo uma ponte com as representações sociais que os jovens, estudantes do meio rural, possuem do SIDA.

A noção do meio rural pode ser definida em oposição ao meio urbano, isto, numa perspectiva de dualidade. Todavia, a realidade social mostra que estas expressões fundem-se, criando uma nova maneira de estar, de pensar e de agir que incorpora várias visões do mundo, a “mundividência” para retomar a terminologia de Habermas⁷. Quer isto dizer que não pretendemos fazer oposição entre o rural e o urbano, pois de acordo com o desenvolvimento histórico, o rural (que é considerado tradicional) vai se urbanizando e adoptando lógicas de funcionamento desta (que é considerado moderno) (Nhambir, 2000).

Uma das principais contribuições que as ciências biomédicas e as campanhas nacionais de prevenção e combate ao HIV/SIDA esperam das ciências sociais são as explicações mais aprofundadas sobre as causas da dinâmica do alastramento de infecção, devido a complexidade do fenómeno. De facto, admite-se muitas vezes que a ordem dos factores de perigo são, na maioria dos casos,

⁷ Dado na cadeira de Teoria Sociológica pelo Dr. Jose Castiano, no ano lectivo 2000/01.

socioculturais⁸, a saber: as normas tradicionais da sociedade, tal como a poligamia, tabus relativos à sexualidade, casamentos prematuros e a purificação sexual das viúvas ("*pita kufa*" ou "*kutchinga*"⁹), frequente nas zonas rurais e que joga um papel importante no alastramento do HIV/SIDA, pese embora a existência de outros factores que são contrabalançados por outros costumes que contribuem para a redução do alastramento, como é o caso da circuncisão¹⁰.

Em conexão com as normas e costumes das tradições, as explicações epidemiológicas do SIDA reclamam por uma explicação vinda de outras disciplinas, que ajudem a identificar os factores que estão na origem dos comportamentos de alto risco e as suas múltiplas relações.

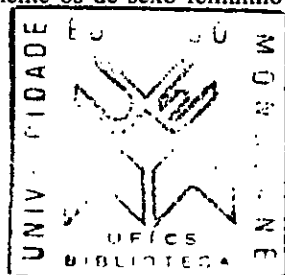
Vários factores têm sido apontados para o alastramento do HIV/SIDA em África e tem sido considerado um continente favorável para o mesmo. A desregulação da família antiga e a ordem social, combinada com a rápida urbanização e ao mesmo tempo o empobrecimento acentuado¹¹, as crises económicas e políticas são apontadas como estando na origem de estabelecimento de novas estratégias de sobrevivência, notavelmente mais crescente entre a população jovem, onde se desenvolvem várias formas de delinquência e de prostituição. A pergunta que se coloca de imediato é de saber em que medida estas novas estratégias de sobrevivência contribuem para a prevalência do comportamento sexual de alto risco entre os jovens?

⁸ Deve-se fazer referência que estes não são os únicos obstáculos. O Plano Estratégico Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA identifica um conjunto de obstáculos, a saber: institucionais, políticos, financeiros e económicos.

⁹ Estas expressões estão apresentadas em línguas locais e querem significar a purificação sexual das viúvas. Esta prática é comum nas comunidades rurais.

¹⁰ A relação entre circuncisão e a infecção pelo vírus de HIV/SIDA tem sido debatido numa forma calorosa a mais de uma década. De facto, não há consenso nesta matéria; todavia, uma pesquisa realizada no Quênia por Maina Kahindo, mostrou que a diferença real de infecção de HIV/SIDA residia na circuncisão masculina. RNDH, 2000.

¹¹ Este refere-se a ausência de recursos e a consequente luta pela sobrevivência. Um estudo realizado por Schoepf, revela que uma das grandes alternativas de sobrevivência para as famílias pobres é atracção sexual dos seus membros jovens, especialmente os de sexo feminino (Schoepf, 1992).



Este processo é o resultado da conexão de uma forte interpenetração dos vários grupos sociais, categorias sociais que fraccionam os dias presentes da sociedade moçambicana em particular e da sociedade africana no geral: entre a cidade e o campo, entre aqueles que são pobres e os que não são, entre aqueles que são jovens e os que não o são – particularmente entre as raparigas jovens e homens “maduros” e entre a população sedentária e a migratória.

Todas estas conexões podem liderar uma fluidez de relações sociais e constituir o veículo de alastramento do HIV/SIDA. Poderão as representações sociais do SIDA influenciar o comportamento sexual dos jovens? Se sim, que tipo de representações sociais influenciam o comportamento sexual de alto risco. Se não, será necessário encontrar fundamentos sociológicos que dêem um quadro da prevalência do tal comportamento sexual.

No que se refere a prevenção, a promoção do preservativo é a tónica dominante das intervenções de marketing social, isto é, das campanhas de prevenção. Numa perspectiva de análise funcional, pode-se afirmar que a promoção excessiva do preservativo, como forma de praticar sexo seguro, desempenha uma função latente, no sentido de que promove relações sexuais com vários parceiros (desde que use o preservativo¹²), isto é, adopção de comportamento sexual de alto risco.

Aqui, reside o aspecto paradoxal dos programas de prevenção do HIV/SIDA, isto porque, por um lado, as intervenções de marketing social visam reduzir senão mesmo pôr fim o alastramento da infecção pelo vírus do HIV/SIDA através da mudança de comportamento sexual (prática de sexo seguro ou “responsável”) e, por outro lado, a publicitação massiva do preservativo como meio seguro de não contrair o vírus, constitui um estímulo ou incentivo para

¹² Importa salientar que a fiabilidade dos preservativos não é de 100%, isto é, a probabilidade de não contrair o vírus de HIV/SIDA numa relação sexual não é total, de 100%, mas é de uma percentagem aproximada, o que significa que há possibilidades de contrair o vírus, embora a probabilidade seja reduzida.

relações sexuais com parceiros não regulares, o que aumenta a probabilidade do risco de infecção.

A questão que se levanta neste momento é a de saber em que medida os programas de prevenção contribuem para a mudança de comportamento sexual, tal como se apresentam (dando maior ênfase ao uso do preservativo). Se não contribuem significativamente, como fazer com que os programas de prevenção do HIV/SIDA se tornem efectivos?

Para além disso, muitas pessoas infectadas pelo vírus do HIV escondem o seu estado de saúde. Resultados de um inquérito revelou que vinte e seis por cento das pessoas inquiridas vivendo com HIV/SIDA escondem o seu estado de saúde, sendo os homens a maior parte, dos quais trinta por cento são casados (CEA/MMCAS, 2001). A pergunta que se coloca é a de saber até que ponto esta atitude poderá ou não contribuir para o alastramento da infecção?

De um modo geral, o presente trabalho visa analisar a problemática do HIV/SIDA numa perspectiva sociológica sobre as representações sociais do SIDA em meio rural, tendo a Escola Secundária de Nhamatanda como estudo de caso. Tendo presente que, a problemática do HIV/SIDA é complexa e diversa, cingir-nos-emos neste estudo aos seguintes objectivos específicos: *a)* Analisar as representações sociais do SIDA e o comportamento sexual dos jovens; *b)* Analisar a influência das representações sociais do SIDA no comportamento sexual.

Importa referir, para justificar o porquê deste trabalho, que a problemática do HIV/SIDA insere-se numa vasta discussão sobre os processos de desenvolvimento, o que tem merecido atenção das entidades governamentais e organizações não-governamentais.

A questão central que norteará o presente estudo é a seguinte: Por que é que prevalecem comportamentos sexuais de alto risco, tendo em conta a existência de tanta informação sobre a prevenção do HIV/SIDA?

A hipótese de trabalho da qual partimos neste estudo, é a seguinte: a) A prevalência dos comportamentos sexuais de alto risco tem a ver com as representações sociais que os jovens possuem do SIDA. Isto quer dizer que as representações sociais do SIDA estão por detrás da persistência do comportamento sexual de alto risco.

Tomamos no presente estudo as relações que se estabelecem entre as representações e o comportamento sexual como objecto de estudo.

A problemática do HIV/SIDA pode ser abordada sob várias perspectivas e dimensões, isto devido à complexidade que esta problemática encerra, tanto numa disciplina – como a Sociologia – como em muitas outras. Neste âmbito, questões relacionadas com o impacto do HIV/SIDA, as suas consequências, as implicações dos Programas de Prevenção e Combate, terão um papel marginal¹³ ao longo desta pesquisa. Contudo, a análise centrar-se-á ao redor das representações sociais do HIV/SIDA e sua articulação com comportamentos de alto risco.

1.3 Breve Caracterização de Nhamatanda

A opção pelo distrito de Nhamatanda deriva do facto deste localizar-se ao longo do corredor da Beira e na região centro, onde os índices de prevalência do HIV é bastante elevado (20,7%) comparativamente com a região sul (11%) e a região norte (13%).

O distrito de Nhamatanda está localizado na província de Sofala, tendo os seus limites a norte o distrito de Gorongosa, a sul o distrito de Búzi, a este o distrito de Dondo e a oeste o distrito de Gondola, província de Manica.

¹³ Esta marginalidade está associada, por um lado, ao facto de constituírem temas não relevantes do presente estudo e, por outro, constituírem temas relativamente explorados.

Do ponto de vista administrativo, o distrito possui dois postos administrativos: Tica e Nhamatanda. A sede do distrito possui sete localidades (PDD, 1997:3).

De acordo com fontes administrativas¹⁴, a sede do distrito de Nhamatanda possui nove bairros, designados de primeiro bairro ao décimo, não existindo o nono bairro.

As estruturas tradicionais de autoridade estão presentes e activas no distrito, sendo os régulos os chefes tradicionais mais importantes. Os régulos de Tica e Nhamapoca existem desde o tempo colonial e o seu domínio é exercido numa vasta zona e sobre muitas comunidades.

Segundo os dados do Segundo recenseamento Geral da População e Habitação (1997), o distrito de Nhamatanda tem uma população de cento e cinquenta e dois mil e trezentos habitantes. Dados recentes (primeiro trimestre de 2002) indicam existir a nível do distrito cento e trinta e quatro mil e seiscentos e sessenta e seis habitantes, dos quais trinta e cinco mil e quatrocentos e vinte e oito fazem parte da vila sede do distrito.

Em consequência da guerra, o distrito de Nhamatanda foi palco de fixação das populações deslocadas de outros cantos do distrito. A população encontrava-se fortemente concentrada ao longo do corredor da Beira, em virtude de oferecer melhores condições de segurança que o resto do distrito. De acordo com fontes administrativas, actualmente (2002), o distrito possui cento e trinta e quatro mil e seiscentos e sessenta e seis habitantes, dos quais trinta e cinco mil quatrocentos e vinte e oito vivem a nível da vila sede.

De acordo com o Relatório do Perfil de Desenvolvimento Distrital, um número considerável de ex-refugiados e deslocados do Malawi e Zimbabwe,

¹⁴ Informação obtida em entrevista com o administrador-adjunto no dia 04 de Julho de 2002.

decidiu fixar a sua residência nas zonas dos centros de acomodação do distrito onde viviam durante a guerra ou em trânsito no processo de repatriamento (PDD, 1997:3).

1.4 Relevância

Nesta parte do trabalho, procuramos, de um modo geral, mostrar como é a investigação sobre esta problemática. De seguida, apresentamos os estudos CAP que dominam as investigações sobre a mesma e fazemo-lo com um olhar crítico. Finalmente, justificamos o porquê do nosso estudo.

De um modo geral, pode-se afirmar que as investigações sobre a problemática do HIV/SIDA em Moçambique são dominadas pelos estudos CAP. Cabe a estes estudos a tarefa de identificarem claramente os vários problemas relacionados com a mudança de comportamento e a posterior justificação da necessidade de mais recursos financeiros e materiais para os programas de organizações envolvidas nestas actividades.

Os estudos CAP, são estudos sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas que são realizados pelo Ministério da Saúde e PSI Jeito. Constituem exemplos disso os seguintes inquéritos: PSI (1996); PSI (1998); PSI (1999)

Perante esta situação, resolvemos fazer uma breve reflexão sobre os estudos CAP. Uma das lacunas mais salientes nestes estudos tem a ver com a falta de quadros analíticos que os orienta na análise e interpretação dos dados, limitando-se a fazer inferências a partir das estatísticas das respostas dos inquiridos. Pese embora a sua fraca contribuição em termos de reflexão teórica, deve-se salientar que os estudos CAP constituem um ponto de partida fundamental para as pesquisas sociais na área da saúde.

A pesquisa social na área de saúde é bastante reduzida em Moçambique. Sendo assim, constitui ainda um campo bastante novo por pesquisar. De facto, os poucos estudos feitos nesta área são elucidativos - os inquéritos sobre conhecimento, atitudes e práticas (CAP) são exemplos disso - e estão na base de formulação de programas de prevenção e de políticas sanitárias.

A necessidade de realização de um trabalho de pesquisa na área sociológica é justificada por duas razões: uma *teórica* e a outra *prática*.

Em termos *teóricos*, o estudo é relevante na medida em que analisa questões relacionadas com a problemática do SIDA a partir de «quadros de referência». Simultaneamente, e do ponto de vista sociológico, a relevância reside na elucidação de certos aspectos relacionados com esta problemática e que tem implicações a nível do comportamento sexual dos indivíduos.

Em termos *práticos*, o estudo é relevante na medida em que os resultados fornecidos pela pesquisa, isto é, a compreensão dos factores que concorrem para a prevalência do comportamento sexual de alto risco entre os jovens poderá constituir mais um contributo para as entidades cujas actividades estão relacionadas com a formulação dos programas de prevenção e combate ao HIV/SIDA.

Porém, deve-se salientar que o objectivo não é fornecer respostas técnicas a problemática do HIV/SIDA, mas acredita-se que os resultados serão tão úteis em acções cada vez mais interventivas nos programas de prevenção e combate à epidemia do HIV/SIDA.

De acordo com a nossa linha de raciocínio e, não obstante os estudos existentes, faz-se necessário a realização de pesquisas sociológicas (e outras) de modo a alargar os horizontes disciplinares que abordem este fenómeno tão complexo que é o SIDA.

II. REVISÃO DA LITERATURA

Nesta parte do trabalho, procuramos apresentar as várias perspectivas que abordam a problemática do HIV/SIDA que, de uma maneira directa ou indirecta, têm interesse para o presente trabalho.

Deve-se salientar que não existem abordagens que discutam ou problematizam a questão específica das "representações sociais" do SIDA em Moçambique. Os estudos a seguir mencionados podem ser enquadrados em dois grandes blocos de estudo: os de cariz intervencionista (o caso dos estudos CAP¹⁵ e vários inquéritos realizados pela PSI *Jeito* e Ministério da Saúde) e os de cariz antropológico.

A distinção entre os vários tipos de pesquisa é apresentado por Bastos (1995:52) que considera que a Pesquisa-Acção, ou aquilo que eu denomino de cariz intervencionista, refere-se a uma pesquisa de aplicação cuja finalidade não é desenvolver uma teoria ou aplicá-la a um nível geral, mas resolver um problema local bem definido, podendo utilizar diferentes métodos de pesquisa. Este tipo de pesquisa é típico das instituições governamentais, organizações não-governamentais, entre outras que, no caso, se referem aos inquéritos da PSI *Jeito*, estudos CAP e inquéritos do Ministério da Saúde.

As pesquisas de cariz antropológico dão maior ênfase ao aspecto cultura. Questiona-se, geralmente, qual é o papel da cultura deste ou aquele grupo (Ibidem:92) na prevenção do HIV/SIDA, por exemplo. Na mesma linha, Rwenge (s.d.)¹⁶ afirma que os estudos antropológicos centram-se mais na abordagem sociocultural, dando realce aos aspectos culturais.

¹⁵ Os estudos CAP referem-se a estudos sobre Conhecimentos, Atitudes, Comportamentos e práticas.

¹⁶ Rwenge, Mburano (s.d.), no seu estudo sobre "Factores Contextuais de Transmissão Sexual do SIDA na África Subsahariana" identifica três abordagens teóricas que marcam os trabalhos sobre os

No entanto, deve-se fazer referência ao facto de que todas as abordagens e/ou perspectivas sobre qualquer problemática são social e historicamente condicionados, tal como nos diz Benedict, de que não há ninguém que veja o mundo com uma visão pura de preconceitos, mas sim vê-o com um espírito condicionado por um conjunto de costumes, normas, instituições e modos de pensar (Benedict, 1954), isto é, condicionados pelas visões do mundo que são peculiares a uma dada cultura.

Um inquérito populacional realizado pela PSI Jeito (1998) sobre “Conhecimento, Atitudes, Comportamento e Práticas” tinha como objectivos avaliar o impacto das intervenções do programa no sector de transmissão de HIV através do estabelecimento de um estudo sobre comportamento sexual e a redução do risco através do uso do preservativo e outros meios de prevenção apropriados.

Este inquérito foi realizado a nível de todo o país nas zonas consideradas prioritárias pelo Programa Nacional de Combate as DTS/SIDA. Foram tomadas em consideração zonas urbanas e peri-urbanas de grande densidade populacional, para além de serem zonas de elevada prevalência de HIV/SIDA e pertencerem aos corredores de transportes.

Os resultados deste inquérito permitiram constatar que há um aumento do conhecimento sobre o HIV/SIDA, partindo da comparação estabelecida entre os estudos CAP de 1995 cuja percentagem foi de 45,3 contra os 71,7 por cento em 1998 nas províncias pilotos¹⁷. A mesma situação foi verificada nas províncias em expansão¹⁸. Finalmente, os altos níveis de conhecimento têm implicações que são

comportamentos sexuais. A primeira abordagem indicada é a sociocultural; a segunda é a sócio-económica e; a terceira abordagem é a institucional.

¹⁷ As províncias pilotos são aquelas em que foram introduzidas numa fase experimental as intervenções de Marketing Social da PSI Jeito. Neste caso inclui as províncias de Maputo, Sofala, Manica e Tete.

¹⁸ Estas inclui as províncias de Niassa, Cabo Delgado, Zambézia, Nampula, Inhambane e Gaza.

consideradas importantes na orientação futura dos programas de prevenção (PSI, 1998:i).

O PSI (1996), no seu estudo intitulado “Estudo de Intercepção do Consumidor e de Verificação de Distribuição”, procura avaliar o progresso da campanha de comercialização social através dos indicadores de EIC e EVD¹⁹. Este estudo trouxe à luz as seguintes observações: a maior parte dos consumidores de Jeito são jovens com uma idade média de vinte e seis vírgula quatro anos; uma razoável escolarização dos inquiridos, isto é, setenta e três por cento, possui nível académico acima de sexta classe; muitos dos inquiridos falam português, o equivalente a setenta e oito por cento; a prevenção contra o HIV/SIDA representa a motivação principal para a compra do preservativo Jeito (cinquenta e sete por cento).

Neste estudo, constatou-se que há uma diferença significativa em termos de motivação do consumo do preservativo em termos de género, pois para os homens a motivação básica de consumo de preservativo é a preocupação com as DTS (quarenta e seis por cento) enquanto para as mulheres a motivação prende-se com a necessidade de planeamento familiar (cinquenta e três por cento) (PSI, 1996:7). Também verificou-se que quarenta e quatro por cento dos consumidores de Jeito usam insistentemente preservativo com parceiros não regulares, isto é, parceiros ocasionais. Em muitos casos, a decisão do uso do preservativo tem sido do homem (44%) e só 13% é que tem sido da mulher.

Um outro inquérito realizado pela PSI Jeito em 1999 cujo título é “Perfil dos Consumidores de Preservativo” tinha como objectivo fundamental entender melhor o mercado com vista ao aumento do uso do preservativo. Foi partindo desse objectivo, que o inquérito chegou a constatação de que o consumidor do Jeito é maioritariamente homem, entre os dezoito e vinte e quatro anos de idade e

¹⁹ Não foi possível decifrar estas abreviaturas, pois não constavam no referido relatório.

entre os vinte e cinco e trinta e um anos de idade, pertencentes a um nível sócioeconómico baixo ou médio baixo.

Ainda segundo dados fornecidos pelo inquirido, quase todos os consumidores do Jeito estiveram expostos às actividades de Marketing Social. Entretanto, a exposição às actividades da PSI é particularmente alta no grupo alvo de dezoito e vinte e quatro anos de idade, que consideraram ser fácil obtê-lo e saber onde adquiri-lo.

A maior parte dos inquiridos, que usou preservativo na sua última relação sexual, foi com um parceiro ocasional, isto é, relações sexuais de alto risco. Mais adiante faz-se referência à ideia segundo a qual a percepção de risco de infecção de HIV continua a ser um problema, pois, apesar de muitos inquiridos acreditarem na existência do SIDA, uma grande quantidade acha que não está em risco de contrair o HIV ou simplesmente não tem opinião sobre a questão.

Um estudo realizado pelo CEA/MMCAS (2001) intitulado "Projecto de Investigação Género/HIV/SIDA" procura identificar o impacto do HIV/SIDA a nível dos agregados familiares e comunidades, numa perspectiva de género, com estudo de casos em Maputo e Zambézia.

Este estudo parte da constatação de que os efeitos do HIV/SIDA a nível dos agregados familiares são diferentes para homens e mulheres, sendo estas últimas as mais afectadas, na medida em que estas suportam mais as consequências negativas da epidemia. Este facto é apontado como derivado da divisão sexual e social do trabalho. O cuidado dos doentes infectados recai mais sobre as mulheres, pois na maioria trata-se de agregados familiares pobres, sem possibilidades de suportar os custos de tratamentos, sendo obrigados a relegar as responsabilidades do cuidado dos doentes para a família.

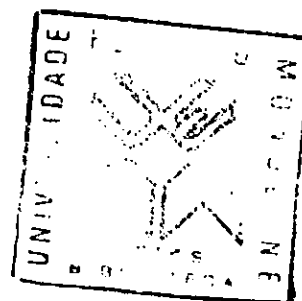
Procurou-se também neste estudo, analisar a relação “informação, atitudes e limitações perante a questão do SIDA”, em que foi identificada uma categorização de situações na base de informações fornecidas, tentando detectar as condições que incidem ou influenciam/limitam a apreensão da informação para a mudança ou não de atitudes e práticas perante o SIDA. Constataram-se duas práticas generalizadas perante o SIDA: a primeira prática está ligada à estigmatização e a segunda a falta de rompimento do silêncio.

Finalmente, faz-se referência ao facto de, entre os grupo de alto risco ao SIDA, as prostitutas serem sempre mencionadas, mas dificilmente se relaciona a prostituição com as reais necessidades, que constituem “o real móbil de quase 100% das mulheres comprometidas com esta prática” (CEA/MMCAS, 2001)..

Gune (2001), no se estudo denominado “O Papel da Cultura na Prevenção do HIV em Moçambique”, procura analisar o papel da cultura na prevenção do HIV, por via das práticas médicas associadas aos instrumentos perfuro-cortantes dos curandeiros e nas unidades sanitárias.

O ponto de partida deste estudo são os planos de prevenção e combate ao SIDA, em que o autor problematiza duas perspectivas antagónicas, isto é, contrárias, em que uma perspectiva considera a cultura um obstáculo para a prevenção do HIV e a outra não o considera.

Ao longo da pesquisa, o autor observa que a cultura possui um carácter tradicional, público e é aberto a mudanças, mas que na prevenção do HIV as mudanças nas práticas médicas (enquanto culturais) são condicionadas pela interacção entre a forma como os curandeiros e pessoal das unidades sanitárias negociam os conhecimentos sobre a prevenção do HIV, a disponibilidade e o acesso a instrumentos perfuro-cortantes e a forma como cada actor interpreta o significado das práticas médicas a adoptar na prevenção do HIV.



As conclusões alcançadas pelo estudo ressaltam a ideia de que a cultura constitui um espaço onde decorrem as práticas médicas, dentre as quais, as práticas dos curandeiros, das unidades sanitárias e a prevenção do HIV. “A cultura e as práticas culturais não constituem obstáculos à prevenção do HIV, porque são espaços abertos a mudança tendentes à adoção de prevenção do HIV” (Gune, 2001: 36).

Nhambir (2000) na sua pesquisa “Aculturação e Percepção de Doença – os jovens e as doenças sexualmente transmissíveis: o caso da cidade de Chimoio” procura explicar os processos sociais de formação de conhecimentos, atitudes e práticas em relação às DTS, entre jovens em meio urbano.

O autor defende, neste estudo, a ideia segundo a qual a construção social do risco de infecção e a escolha do comportamento sexual são influenciados pelas várias ordens sociais existentes. Nesta pesquisa, o autor observa que “os esforços que as instituições formais desenvolvem para diminuir o comportamento sexual de alto risco, podem ser entendidos como uma tentativa de construção duma nova normalidade, ...” (Nhambir, 2000:35).

Constata que a ideia segundo a qual a cidade comporta um conjunto de valores e normas específicas (ditas modernas) que estão em oposição aos valores e normas do campo (ditas tradicionais) pode ser rejeitada no caso específico da cidade de Chimoio, onde 1/6 da população vive na chamada “zona de cimento”, e 5/6 estando em lugares onde se reproduzem formas de ocupação do espaço e actividades características de zonas rurais.

Rebate, assim, a ideia de que existem um espaço rural e um modo de vida rural diferente dos da cidade. Considera, no entanto, haver um conjunto de relações sociais que se desenvolvem num determinado espaço físico e que são marcadas pelas interações de actores sociais possuidores de culturas diferentes e perspectivas de vida também diferentes.

Nhambir realça, no seu trabalho, a ideia de que “a percepção do risco e todo o conjunto de processos subsequentes são precedidos duma construção social do risco de infecção por uma DTS” (Ibidem:36).

A conclusão avançada pelo estudo é de que a coexistência de várias ordens sociais e vários sistemas culturais influenciam, tanto nas representações de saúde e doença, como na capacidade crítica dos jovens, na definição do comportamento sexual e na percepção do risco de infecção por uma DTS.

Convém sublinhar desde já, que a revisão da literatura aqui apresentada não é exaustiva nem pretendia sê-lo, pois a nossa intenção foi procurar mostrar as linhas centrais de abordagem que dominam as investigações.

Portanto, procuramos neste trabalho, desenvolver uma abordagem sociológica das representações sociais do SIDA, na medida em que analisamos o fenómeno social do HIV/SIDA através da sua articulação com a estrutura social e o comportamento de indivíduos.

III. ORIENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Minayo (1996), a pesquisa é uma actividade básica das ciências, sendo sempre uma tentativa de aproximação da realidade que nunca se esgota. Concordando com a autora, e, tratando-se de uma pesquisa sobre as condutas ou comportamentos individuais, consideramos que a perspectiva da abordagem compreensiva²⁰ é a mais adequada para os fins desta pesquisa. Esta perspectiva abarca o sistema de relações sociais, as representações sociais, constituídas por suas vivências plenas de significados.

As Representações Sociais vêm sendo estudadas por diferentes autores das Ciências Sociais, da Psicologia Cognitiva e da Psicologia Social, tendo diferentes concepções, pontos de ancoragem nas teorias sociais clássicas.

A primeira abordagem sociológica do conceito de “representações sociais” foi desenvolvida por Durkheim no seu artigo intitulado *Représentations individuelles et représentations collectives* (1898), tal como faz referência Oka e Roperto²¹.

No seu artigo *Représentations individuelles et représentations collectives*, Durkheim (1898) apresenta as representações sociais como a produção mental colectiva, e faz a ligação entre os conteúdos e a estrutura do pensamento colectivo às formas de organização social.

²⁰ Max Weber e os defensores da abordagem compreensiva sustentam que o significado que os indivíduos dão aos seus actos “deve ser procurado na consciência das pessoas, é interior. Para o descobrir é preciso ter em conta as opiniões individuais e procurar aí os princípios e valores que orientam os comportamentos” (Quivy e Campenhoudt, 1992:100).

²¹ Embora Charles Darwin já tivesse usado este conceito, é Durkheim quem usa pela primeira vez em termos sociológicos (Oka e Roperto, 2000).

Para Durkheim, as “representações sociais” formam uma realidade *suis generis*, mesmo mantendo laços estreitos com o seu substrato biológico, elas são em certa medida independentes²².

Sociologicamente, estamos perante o primeiro reconhecimento de que a consciência social está estreitamente vinculada à uma série de elementos sociais, tal como ele afirma no seu artigo de que as representações sociais tornam-se realidades autónomas e adquirem uma vida própria, mantendo ligações com a estrutura social” (Durkheim, 1989).

As representações colectivas, em Durkheim, são percebidas enquanto relativamente autónomas e, simultaneamente, como constitutivas do tecido social. As sociedades para existirem produzem representações que lhes são estruturalmente necessárias, o que significa afirmar que a ideologia é constitutiva do processo social.

A segunda abordagem é apresentada por Moscovici, psicólogo social, cujo conceito de “representações sociais” ganha, porém, maior ímpeto nos seus trabalhos sobre a Psicanálise, quando em 1961 retoma este conceito em “Representações Sociais da Psicanálise”. É dentro desse âmbito, que o psicólogo social Jorge Vala (1997), considera Moscovici o primeiro a utilizar o conceito “representações sociais”, delimitando seu campo de estudo ao âmbito da Psicologia Social. Para ele, as representações sociais funcionam como mediadoras entre os indivíduos e as relações estabelecidas socialmente:

“... a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos” (Moscovici, 1978:26).

²² O artigo de Durkheim sobre as representações individuais e as representações colectivas insere-se numa crítica à tese segundo a qual a memória é algo idêntico ao substrato biológico, contrapondo, desse modo, este ponto de vista.

Destaca seu carácter psíquico, criativo e sua relação com o social, permitindo aos homens tornar inteligível a realidade física e social, inserindo-os nos grupos e nas ligações quotidianas de trocas, assim como liberando seus poderes de imaginação (Moscovici, 1978:28).

Para Moscovici, a representação social compreende um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e de grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção e da elaboração das respostas e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade.

Moscovici²³, apresenta três critérios para a análise das representações sociais: o critério quantitativo, o critério genético e o critério da funcionalidade.

a) Critério Quantitativo - uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos, isto é, comum a diferentes indivíduos;

b) Critério Genético - uma representação é social no sentido em que é colectivamente produzida; as representações sociais são produtos das interações e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo social, reflectindo a situação desse grupo, os seus projectos, problemas e estratégias. Nesse sentido, as representações sociais são entendidas como produto de actividade cognitiva e simbólica de um grupo social;

c) Critério da Funcionalidade - as representações sociais são entendidas como contribuindo para os processos formadores e de orientação das comunicações e comportamentos.

A terceira abordagem é defendida por Minayo (1996:158), socióloga e investigadora do Núcleo das Representações Sociais, em que afirma que para as

²³ Citado por Vala, Jorge (1997).

Ciências Sociais as representações sociais "(...) são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a".

As representações sociais ocorrem de forma dinâmica em que interagem as condições sociais, as formas organizacionais da sociedade, os actores e suas práticas sociais, produzindo formas específicas de conhecimento. São, assim, determinadas e determinantes das condições sociais, sendo a fala, sua reveladora primordial:

"As Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua medição privilegiada, porém, é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e interação social" (Minayo, 1994:108).

Para Bakhtin, "... a palavra é o fenómeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social" (Bakhtin, s.d. cit. Minayo, 1996:174).

Minayo (1996:174) destaca ainda que as representações sociais não são necessariamente conscientes, perpassando o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações colectivas e dos grupos. Quer isto significar que as condutas humanas são intencionais e inspiradas, conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais, fora das quais não podem ser compreendidas.

Portanto, pensar nos comportamentos sexuais de alto risco em relação ao HIV/SIDA, a partir de seus actores, é buscar uma aproximação às representações

sociais dos mesmos, como também buscar identificar outras representações sociais favorecedoras ou reforçadoras de comportamentos sexuais de alto risco.

As interpretações a serem alcançadas serão vistas, por um lado, como subjectivas (pois baseadas nos discursos dos actores) e , por outro lado, como objectiváveis (pois apoiadas em reflexões sobre o que já se escreveu sobre a temática, pelo contróle de elementos de contexto e pela coerência interna da exposição.

Esta pesquisa busca, na articulação de teorias e conceitos, uma ferramenta para pensar em certas condutas e aprofundar algumas questões relacionadas com comportamento sexual de alto risco, mas sem ter a pretensão de produzir respostas técnicas específicas. As reflexões alcançadas poderão subsidiar em acções das entidades interessadas. Os resultados revestem-se assim de um carácter colaborativo.

As categorias fundamentais desta pesquisa são, a saber, representações sociais e comportamento sexual de alto risco. Outro conceito a ser também explicitado é o do SIDA. A categoria de representações sociais, aqui explicitada, é transversal a todas elas, e perpassará o trabalho como um todo.

3.1 Orientação Conceptual

Nesta parte do trabalho, propomo-nos explicitar todos os conceitos fundamentais que serão operacionalizados ao longo do mesmo, por forma a tornar claro e evitar qualquer tipo de ambiguidade. É, seguindo este objectivo, que serão definidos os conceitos de Representações Sociais (já explicitado) e Comportamento sexual de alto risco.

A noção de comportamento nas ciências sociais varia de acordo com as disciplinas e interesses. De um modo geral, pode referir-se ao modo habitual de agir ou de viver.

Em Psicologia, define-se o comportamento como o modo de ser ou de reagir de uma pessoa, quer na vida corrente quer em face de circunstâncias particulares. Na Psicologia Social e em Sociologia, o comportamento social ou colectivo é definido, por sua vez, como sendo simultaneamente a maneira de ser e os modos de agir deste ou daquele conjunto social (Classe, grupo, meio, idade, sexo, etc.) (Birou, 1982:74). Considera-se que os comportamentos sociais são normalmente estáveis e perduráveis.

Porém, neste trabalho, o conceito de *Comportamento sexual de alto risco* é definido segundo à visão oficial, como sendo aquele comportamento em que o indivíduo, tendo conhecimento da epidemia do HIV/SIDA e as formas de prevenção, mantém relações sexuais com vários parceiros e sem protecção, isto é, ter relações sexuais promíscuas desprotegidas.

O *SIDA* é um conceito cuja definição provém das ciências biomédicas. Ele corresponde a um estado patológico do organismo humano. É uma doença provocada pelo vírus do HIV. O vírus de HIV depois de entrar no sangue sobrevive por replicação no interior das células sanguíneas brancas, denominadas "Linfócitos Auxiliares T" ou CD4 – células que protegem o organismo das infecções.

O vírus invade estas células e acaba por destruí-las, enfraquecendo desse modo o sistema imunológico (sistema de defesa do organismo). Assim, a pessoa passa a estar mais susceptível às infecções chamadas oportunistas, que as pessoas sem HIV resistem. É dentro desse quadro biomédico que o SIDA é definido como o aparecimento de uma ou mais infecções oportunistas, juntamente com o HIV (Macuamule e Foreman, 2001).

A categoria jovem corresponde, neste trabalho, todos indivíduos que se encontram na faixa etária entre os 15 a 24 anos de idade. Esta categoria faz parte de um amplo conjunto denominado “sexualmente activo” que engloba a faixa etária dos 15 a 49 anos de idade. A escolha desta faixa etária prende-se com o facto de a prevalência do HIV/SIDA entre a população sexualmente activa ser mais elevada em homens com mais de 20 anos e nas mulheres entre os 15 e 19 anos, o que significa, obviamente, que as jovens se contaminam mais cedo (MISAU, 1999:2).

A noção de “Representações Sociais” a ser utilizada nesta pesquisa encontra-se explicitada no quadro teórico, cabendo neste momento avançar com as *tipologias* das “representações sociais” que foram emprestadas num estudo denominado “Projecto de Investigação Género/HIV/SIDA”, realizado por uma equipe de investigadores do CEA/MMCAS (2001).

Pretendemos partir destas categorizações²⁴ para confrontar com os resultados da nossa unidade de observação. No entanto, convém sublinhar, de momento, que serão apresentadas todas as categorias consideradas pertinentes para o nosso trabalho:

- a) *Os Desinformados* – o SIDA passa invisível, como eles. São um dígito da população total dos nascimentos, dos que estiveram e dos que já não estão. Podem ou não ter-se encontrado com o SIDA, nunca se saberá.
- b) *A Indiferença Confiante* – são pessoas que já ouviram falar sobre o SIDA, alguma coisa ficou, mas não lhes interessa, trata-se de problemas que dizem respeito aos outros, mas nunca a eles.
- c) *Ver para Acreditar* – corresponde às pessoas que têm informação, mas não acreditam. Nunca ouviram, mas quando se encontram com ele, acreditam.

²⁴ Estas categorizações são produto da análise da relação informação, atitudes e limitações perante a questão do SIDA, onde procurou-se detectar as condicionantes que incidem ou influenciam/limitam a apreensão da informação para a mudança ou não de atitudes e práticas perante o SIDA (CEA/MMCAS, 2001:3).

- d) *A Força do Ethos Tradicional* – são pessoas que têm informação, que têm vivência, mas que atribuem o SIDA a causas sobrenaturais que caem sobre eles ou sobre a sua família e/ou pela resignação à morte e/ou pelo medo do estigma do SIDA quebrar as relações conjugais ou familiares.
- e) *A Procura de Bodes Expiatórios* – compreende as pessoas que sabem bastante bem o que é o SIDA, mas só atribuem que a sua transmissão acontece entre as pessoas promíscuas dos grupo de risco: os homens que têm muitas parceiras e as prostitutas.
- f) *Amor Eterno Amor* – são os homens e as mulheres que sabem o que é o SIDA, mas que não se cuidam pela confiança que os medeia.
- g) *Mitos para uma Masculinidade de Alto Risco* – localizam-se os homens que sabem o que é o SIDA, mas que não assumem o cuidado do seu corpo, muito menos o da sua parceira.

IV. METODOLOGIA

Procuramos nesta parte do trabalho, mostrar os passos seguidos para a concretização do mesmo. Nesta lógica, o presente trabalho foi realizado obedecendo fundamentalmente dois momentos distintos, mas complementares:

O primeiro momento compreendeu a revisão da literatura, recolha e análise de informações e documentos; a construção da problemática, das hipóteses, a construção do modelo de análise. Esta fase decorreu de Dezembro de 2001 a Abril de 2002 na cidade de Maputo. Contudo, houve alguma dificuldade para ter acesso aos dados estatísticos disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, pelo facto de a biblioteca local encontrar-se encerrada por motivos de reabilitação e não terem proporcionado um local "ah doc" para as consultas dos utentes.

O segundo momento compreendeu a recolha de dados no distrito de Nhamatanda, província de Sofala, tendo como informantes os estudantes da Escola Secundária local que foram seleccionados. Esta fase decorreu nos meses de Junho/Julho do presente ano. Por último, fez-se a organização dos dados, a análise dos mesmos e a elaboração do relatório final. Foram realizadas para a recolha de dados vinte entrevistas semi-estruturadas aos estudantes, sendo a doze rapazes e a oito raparigas.

Por se tratar de um tema que toca com a sensibilidade dos entrevistados, particularmente no que diz respeito ao comportamento sexual, as raparigas mostraram-se menos propensas a falarem abertamente sobre esta matéria, daí que foi necessário insistir e, sensibilizando, para se livrarem destes constrangimentos ("preconceitos" segundo o qual a questão sobre a sexualidade não deve ser abordado com naturalidade e com qualquer pessoa).

Tendo como pressuposto a não existência de estudos sociológicos na área das representações sociais sobre o HIV/SIDA e, tratando-se de um estudo com

carácter exploratório, consideramos que o método de abordagem mais adequado para esta pesquisa é o hipotético-dedutivo. Este método parte do princípio de que não existe explicação sobre o fenómeno em questão, limitando a formular hipóteses que poderão ser confirmadas ou refutadas (Lakatos e Marconi, 1995).

No seguimento desta lógica, fez-se uma análise qualitativa (e quantitativa) dos dados para, depois, aplicar-se o método hipotético-dedutivo. A representação social tomámo-la como variável independente e o comportamento sexual como variável dependente. A representação social foi medida a partir do nível de conhecimento que os indivíduos possuem acerca do SIDA; enquanto o comportamento sexual foi medido a partir das relações sexuais ocasionais e sem protecção.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, a garantia para a sua representatividade não se baseia no critério numérico ou quantitativo. A questão é a de saber “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” (Minayo cit. De Sousa, 1994:43). Assim, o grupo alvo abarcado nesta pesquisa foi somente dos jovens estudantes da Escola Secundária de Nhamatanda, no distrito do mesmo nome.

O distrito de Nhamatanda foi tomado como a unidade de observação desta pesquisa por três razões: a primeira está relacionada com o facto de ser um meio rural²⁵ e pelo facto de estar localizado ao longo do corredor da Beira e na região centro, onde a prevalência da epidemia do HIV/SIDA é bastante elevada ((20,7%)) em relação a região sul (11%) e a região norte (13%), em 2000. A segunda está relacionada com a acessibilidade do local e, a terceira prende-se com o factor comunicação (expressão fluente na língua local). Contudo, deve-se salientar que não foi preciso administrar entrevistas em língua local, em virtude dos entrevistados expressarem-se em a língua portuguesa.

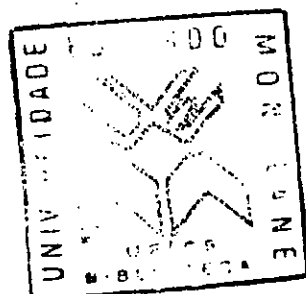
²⁵ Nas zonas rurais, mais de 80% da população é pobre, contra cerca de 18% da população urbana (Macuamule e Foreman, 2001), o que significa haver, provavelmente, mais pessoas vulneráveis ao HIV/SIDA nas zonas rurais.

A técnica utilizada para a recolha de dados durante o trabalho de campo foi a entrevista semi-estruturada. As entrevistas semi-estruturadas permitem "balizar" os dados que são relevantes para o estudo em questão e, simultaneamente ao valorizar a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo, desse modo, a investigação (Trivinos, 1987:146). Foram privilegiadas entrevistas individuais e, em profundidade, por forma que se criasse um ambiente de abertura e tranquilidade, para que as entrevistas fossem produtivas.

Os aspectos centrais das entrevistas cingiram-se sobre o nível de conhecimento, a ideia de praticar sexo seguro, de alto risco e como é que eles o praticam para permitir captar as representações sociais do SIDA e o comportamento sexual e, para permitir avaliar o tipo de comportamento sexual (se é de alto risco ou não).

Os dados recolhidos durante o trabalho de campo foram compilados, organizados em várias categorias ou itens, de modo a possibilitar o seu posterior tratamento. Assim, os dados foram agrupados em duas categorias: a das representações sociais e a do comportamento sexual.

O método de análise adoptado para o tratamento da informação recolhida foi a análise de conteúdo que, segundo Bardin, trata de um conjunto de técnicas de análise sistemática e objectiva das informações (Bardin, 1995:42). Para Henry e Moscovici "tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo" (Ibidem:33).



V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 As Representações Sociais do SIDA

Nesta parte do trabalho procuramos mostrar a representação social que os estudantes de Nhamatanda têm do fenómeno em questão e, concomitantemente, confrontá-la com a dos estudos feitos noutras regiões do continente africano, numa tentativa de encontrar aspectos convergentes e/ou divergentes.

É, perseguindo este objectivo, que afirmamos que alguns estudos feitos em outros contextos respondem, em parte, algumas das questões colocadas neste trabalho. Porém, deve-se frisar que tais estudos fazem maior sentido apenas quando inseridos no seu contexto, isto é, quando se toma em consideração as particularidades do local de estudo.

Entretanto, para captar as representações sociais do SIDA dos jovens estudantes da Escola Secundária de Nhamatanda, foi-lhes colocada a questão “- O que pensam que é o SIDA?”. Em oitenta e cinco por cento dos entrevistados, de ambos os sexos, observou-se o predomínio da noção de que o SIDA é uma doença que não tem cura e que mata, reflectindo assim uma dimensão negativa da representação social do SIDA.

A percepção do SIDA como uma doença que não tem cura e que mata mostrou-se muito presente na fala dos entrevistados, tal como os trechos a seguir indicam:

Uma jovem de 18 anos proferiu as seguintes palavras:

“SIDA para mim é uma doença que não tem cura e que se transmite sexualmente, através de lâminas, (...) e dizem que mata. (...) acho que sim, que mata”.

Um jovem durante a entrevista disse-nos que o SIDA:

"... é uma doença que mata e não tem cura. Apanha-se através de relações sexuais sem camisinha, usar mesma máquina de barbear, seringas não esterilizadas, (...)".

Um outro jovem de 19 anos expressou-se nos seguintes termos:

"O SIDA é uma doença que não tem cura e mata (...) é junção de várias doenças e apanha-se se não usar o preservativo, também se andar com muitas miúdas que andam por aí de qualquer maneira (...)".

Isto quer significar que os jovens associam o SIDA à morte, a uma fatalidade que se manifesta de forma lenta e inevitável. Esta revelação não constitui nenhuma surpresa, visto que um número considerável dos entrevistados, setenta e cinco por cento, tem informação sobre o SIDA e já estiveram expostos às actividades de marketing social da PSI *Jeito*.

Um estudo realizado por Anugwom (s.d:593) na Nigéria, mostrou resultados bastante diferentes do caso dos jovens estudantes de Nhamatanda, pois afirma que, para os estudantes universitários da Nigéria, o SIDA é uma invenção das nações ocidentais para colocar a África numa situação catastrófica. Portanto, para os estudantes universitários da Nigéria, o SIDA é visto como fazendo parte das políticas de desenvolvimento e que as nações ocidentais colocam esta epidemia em África.

O argumento avançado por este autor é de que esta concepção está ligada à experiência colonial dos africanos, em que todas as coisas más eram atribuídas aos negros pelos brancos. Esta explicação não se encaixa no caso dos estudantes de Nhamatanda. No caso de Nhamatanda, a representação social do SIDA como uma

doença está, consideravelmente, ligada às estratégias preventivas em saúde, isto é, estão ligadas às campanhas de prevenção difundidas quer pela rádio, pelos cartazes, pelo teatro, pela televisão quer, ainda, pelas palestras.

Quando questionados se conheciam alguém com SIDA, a maioria dos jovens (noventa por cento dos entrevistados) referiu não conhecer casos concretos e nunca terem visto um paciente padecendo de SIDA, com a excepção de dois entrevistados que afirmaram terem tido amigos e vizinhos que perderam a vida em virtude de terem contraído a doença.

Constata-se, portanto, que para a maioria dos entrevistados o SIDA aparece como algo distante, não fazendo parte do quotidiano pessoal e social dos jovens, sendo, por conseguinte, essencialmente uma doença do outro.

O viver com SIDA foi retratado como um processo patológico, insuportável, mesmo que num plano hipotético. Observa-se que os entrevistados fazem menção a sentimentos variados, que, supostamente, são vivenciados pelos portadores do SIDA, expressos pela "*vontade de se matar*", pela "*falta de vontade de viver*", pelo "*desespero*" e pelo "*medo de se relacionar com os outros*" dada a possibilidade de haver preconceito e discriminação em volta da epidemia.

No que se refere ao conhecimento acerca do SIDA, observa-se que os jovens conhecem as informações básicas sobre as formas de prevenção e contágio do HIV/SIDA. Nesse sentido, pode-se afirmar que os jovens incorporaram as informações, tanto as ligadas às formas de prevenção quanto às formas de contágio mais difundidas pelas campanhas de prevenção em saúde. Quanto às formas de contágio são destacadas as relações sexuais, compartilhar objectos cortantes como por exemplo a lâmina.

No respeitante às formas de prevenção, destacam-se o uso do preservativo e a fidelidade. Importa sublinhar que um número significativo de entrevistados

ressaltaram o uso da “camisinha” como método principal de prevenção do HIV/SIDA. Entretanto, observa-se que os jovens não conseguem assimilar todas as informações veiculadas pelas campanhas de prevenção, revelando a pouca comunicação estabelecida nos meios de comunicação sobre o assunto:

“... Acho que na escola tem um cartaz que fala sobre o SIDA, como é que se apanha e como é que não se apanha, mas o que eu sei é que se fizer sexo com alguém que tem SIDA e não usar o Jeito, a pessoa apanha e como não tem cura a pessoa fica assim até morrer” (entrevista com um Jovem de 17 anos).

Uma outra jovem expressou-se nos seguintes termos:

“Já vi muitos cartazes que falam do SIDA colados no mercado, na escola, nas barracas e o que a gente sabe é que se não usar Jeito com uma pessoa que tem SIDA nós ficamos contaminado (..) mas muitas pessoas não sabem que se pode apanhar de outra maneira. Eu acho que deviam arranjar outra maneira de explicar as pessoas (..)” (uma jovem de 20 anos).

Tura (1997), na sua dissertação de mestrado, assinala a ocorrência entre os jovens de uma “apropriação fragmentada do conhecimento, portanto, imprópria ao desenvolvimento de práticas preventivas eficientes”, denotando equívocos da construção social do fenómeno SIDA. De acordo com o autor, ou os programas de prevenção não estão sendo capazes de possibilitar a estruturação deste conhecimento, ou não se tem conseguido proporcionar, através dos programas, a transmissão de um conhecimento mais estruturado.

Ayres, Calazans (1998), ao analisarem a alta vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV/SIDA, referem que o conhecimento que os mesmos têm sobre o SIDA diz pouco respeito àquilo que sentem e vivem no seu quotidiano, ou seja, há informação, mas há pouca abrangência e efectividade na comunicação com os

jovens sobre o assunto, na medida em que essa comunicação não encontra ancoragem nas representações sociais dos adolescentes.

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que os entrevistados possuem conhecimento sobre o SIDA, embora não seja um conhecimento consistente, o que nos remete à ideia de que se trata de uma tentativa de reprodução do discurso oficial.

Questionados se o SIDA existe, quarenta e cinco por cento dos entrevistados afirmaram que "existe", dez por cento dos entrevistados mostraram-se cépticos e, quarenta e cinco por cento afirmaram não existir. Os que afirmaram que o SIDA existe, setenta e oito por cento reportaram não saber qual é a causa do SIDA e os vinte e dois por cento afirmaram que a causa do SIDA reside no macaco, animal onde foi detectado o vírus de HIV/SIDA.

No que refere às formas de contrair o HIV/SIDA, quase todos entrevistados fizeram referência as relações sexuais, para além de terem mencionado outras formas, como o uso de lâminas, seringas não esterilizadas, compartilhar máquinas de barbear.

Colocada a questão do porquê só agora é que é possível contrair a doença através de relações sexuais, uma vez que a humanidade tem vindo a mantê-las desde todo o sempre, quarenta por cento dos entrevistados afirmaram que antes não havia tal doença e que só descobriram-na há poucos anos atrás por causa de novos métodos e novas investigações; vinte e cinco por cento dos entrevistados não teceram qualquer consideração à volta da questão colocada e trinta e cinco por cento disseram não saber explicar o porquê desse facto.

A associação do SIDA com grupos de risco²⁶ e o peso conferido pelas campanhas de prevenção aos comportamentos promíscuos e sem protecção, fazem

²⁶ Fazem parte deste grupo os motoristas, mineiros, prostitutas, entre outros.

com que as pessoas, de uma maneira geral, se definam como “socialmente bem comportadas”. Assim, a responsabilidade pelo contágio e sua prevenção é atribuída ao outro (Joffe, 1999:165 cit. Thiengo,2000:4).

5.2 Comportamento Sexual

Aqui, pretendemos apurar o comportamento sexual dos estudantes, por forma a fazer uma análise dos mesmos e averiguar se se trata de comportamento sexual de alto risco ou não, conforme os critérios definidos neste trabalho.

No tocante às relações sexuais, um número significativo tem as mantido com parceiros ocasionais, sendo grande parte destes estudantes de sexo masculino (sessenta e quatro por cento), cabendo a restante percentagem aos do sexo feminino (trinta e seis por cento). A questão colocada foi a de saber se tomam alguma medida de precaução nas suas actividades sexuais. A resposta dos entrevistados estão ilustradas na tabela 1 (vide anexo 2) onde grande número de estudantes afirmaram não tomar alguma medida de precaução nas suas actividades sexuais.

No plano das práticas adoptadas pelos jovens, observa-se que estas são determinadas por conteúdos representacionais que pouca aproximação estabelecem com o conhecimento cognitivo descrito. Ao se referirem às práticas de protecção, nota-se que conhecer o parceiro parece funcionar como barreira ao contágio:

“Com minha namorada agora não uso o preservativo porque confio nela (...) confiar é ver a maneira como ela fica, não estar a conversar com muitos homens a toda hora, não passear de noite, (...)” (entrevista com um jovem de 17 anos).

Um outro jovem proferiu as seguintes palavras:

"já estou com ela a muito tempo e nós nos confiamos. Para confiar é só ver quando ela fala, como ela anda, a confiança com as pessoas (...) quando não é confiada fala muitas coisas" (jovem de 18 anos).

Uma outra jovem expressou-se nos seguintes termos:

"... eu usava a camisinha, mas depois o meu namorado começou a dizer que isso está a incomodar (...) e prefere fazer amor assim, mesmo quando eu digo é bom usar (...). Eu não tenho certeza de onde ele anda, por isso digo para usarmos, mas as vezes ele não aceita (...)" (uma jovem de 18 anos).

Dessa forma, supõe-se que a "camisinha" seja adoptada somente no início do relacionamento. Segundo relato dos entrevistados, o preservativo pode ser dispensado em virtude da confiança que se estabelece entre os parceiros. Constatase assim que os jovens tendencialmente adoptam comportamento sexual de alto risco, na medida em que, não só deixam de se proteger com o passar do tempo como também vão mantendo essa prática nos seus relacionamentos posteriores.

Ainda no que refere aos dados apresentados na tabela 1 (anexo 2), os jovens não são consistentes em relação à representação que possuem do SIDA, na medida em que um número significativo de estudantes, particularmente, os do sexo masculino, afirmaram que o preservativo - como forma de se prevenir contra o SIDA - cria certos problemas na relação sexual como, por exemplo, a retirada do prazer, admitindo, por consequência, que é melhor ter relações sexuais sem o preservativo. Este facto, mostra-nos que os jovens nas actividades sexuais não tomam medidas de prevenção contra o SIDA.

Nota-se que, apesar dos esforços que estão sendo realizados pela autoridade distrital de saúde e outras organizações não governamentais²⁷ na prevenção e combate ao HIV/SIDA, a tendência geral do padrão comportamental dos jovens da Escola Secundária de Nhamatanda permanecem tradicionais, incorporando, às vezes, formas modernas de autonomia individual na decisão de relações sexuais (se deve ou não prevenir-se).

Portanto, se os jovens se arriscam, apesar de dizerem que concordam com o discurso oficial, uma questão põe-se de imediato: o que os leva a se comportarem desta maneira, sabendo que é arriscado? Convém sublinhar que a resposta para esta questão é deveras complexa e não cabe aqui esgotá-la.

No entanto, podemos afirmar que, em parte, está relacionado com o nível de conhecimento que os jovens possuem do SIDA apesar da representação social que possuem da epidemia (doença). Por outro, pode estar relacionado com princípios mágico-religiosos que regem o comportamento dos indivíduos em meios rurais²⁸.

O uso do preservativo é o método de prevenção mais comum entre os jovens estudantes. Questionados sobre a razão do uso do preservativo, cinquenta e seis por cento dos entrevistados que tem mantido relações sexuais ocasionais referiram usar o preservativo para se prevenir contra o SIDA, onze por cento, para

²⁷ Fazem parte destas, a Cruz Vermelha, o PSI Jeito e a FHI.

²⁸ Segundo Nhambir na sua dissertação de licenciatura, em meio rural a sexualidade é regida por princípios ou normas mágico-religiosas que tem como finalidade a manutenção do equilíbrio social duma certa comunidade, ou seja, a questão da sexualidade é tratada não a nível individual, mas a nível da comunidade, do grupo (Nhambir, 2000:22).

Por outro lado, o factor rural ajuda a compreender como a sexualidade é encarada e se desenvolve. Se de facto, o factor rural influencia a sexualidade, pode-se então afirmar que as relações sexuais fazem parte das relações sociais sócio culturalmente legítimas que se desenvolvem neste meio. Como recomenda Parker, as condutas sexuais devem ser situadas no contexto social e cultural para compreender os complexos sistemas de conhecimento que estruturam os comportamentos (Parker, 1992:119).

O uso do preservativo nas relações sexuais pode ser, simultaneamente, um factor de conflito, para quem não teve o preservativo no seu passado recente e um factor normativo de relações sexuais para quem está iniciar a actividade sexual, particularmente os jovens.

se prevenir das DTSS e, trinta e três por cento para se prevenir da gravidez. Pode-se visualizar, em termos de género, embora a amostra não tenha sido equitativa, que os homens estão mais preocupados nas suas relações sexuais em se protegerem das DTSS/SIDA do que as mulheres. Estas, por sua vez, estão mais preocupadas, não em se prevenirem contra o SIDA, mas é, com o planeamento, isto é, prevenirem-se da gravidez.

Procurou-se saber junto dos entrevistados o porquê de não serem consistentes nas medidas de prevenção. As explicações avançadas por alguns dos entrevistados são a de que não se pode adiar a oportunidade de manter relações sexuais, pois, caso contrário, serão considerados “fracos”, isto é, não serão considerados homens e, posteriormente, poderão ser vítimas de estigmatização²⁹.

Questionados sobre os problemas associados ao preservativo, a tabela 2 (em anexo 3) ilustra os resultados dos entrevistados. De acordo com os dados da tabela 2, pode-se afirmar que considerável número de entrevistados considera que o preservativo acarreta certos problemas durante a relação sexual, contra apenas dez por cento que consideram não causar nenhum problema.

Um argumento possível para esta situação pode estar, eventualmente, ligado à normalidade da sexualidade (vide rodapé 26), em virtude do preservativo constituir um elemento novo, “estranho” aos princípios que regem a sexualidade. Dito de outro modo, o preservativo não faz parte da cultura sexual das comunidades rurais³⁰, onde as representações mágico-religiosas orientam as

²⁹ Em entrevista com um estudante (10/06/02), este afirmou que “quando a gente está com uma baby e não fazemos nada vão nos chamar de um fraco, um gajo que não funciona”. Perguntado se mesmo nas circunstâncias em que não tem como se proteger se se arriscaria ou não, o jovem disse que “é preciso mostrar que és homem, que não tens medo de nada”.

³⁰ Nos meios urbanos, a assimilação de novos valores ocorre com maior facilidade devido a uma série de factores ligados a modernidade, como o acesso a televisão, que, segundo Osório, o confronto com a modernidade é quotidiano e violento e a construção da identidade dos jovens faz-se através de múltiplos agentes de socialização (Osório, 1998:70) do que nos meios rurais, onde o confronto com a modernidade não se faz sentir, havendo maior espaço para a preservação do património cultural.

condutas dos indivíduos. Será que o preservativo é aceite nestas comunidades com naturalidade?

Portanto, constatou-se em Nhamatanda, apesar da amostra ser reduzida, que os jovens possuem comportamento sexual de alto risco pelas seguintes razões: i) número significativo dos jovens não toma nenhuma medida de precaução face à epidemia; ii) mantém relações sexuais promíscuas, isto é, com parceiros irregulares e, na maioria dos casos sem protecção; iii) os jovens não são consistentes com as medidas de prevenção, ou seja, umas vezes, previnem-se e, outras vezes, não.

Uma outra questão levantada na problemática está relacionado com às campanhas de prevenção que colocam à tónica no uso do preservativo. Numa perspectiva funcional, pode-se assumir, em geral, que as campanhas de prevenção desempenham uma função latente, isto é, incentiva os indivíduos a desenvolverem relações sexuais promíscuas.

A ideia subjacente é a de que não se corre nenhum risco de infecção pelo vírus do HIV, uma vez que se utiliza o preservativo. Porém, especialistas da área da produção do preservativo garantem que a fiabilidade não é total, ou seja, existe o risco de contrair o vírus de HIV, pese embora o risco seja mínimo. Quer isto significar que quanto maior for o número de parceiros, maior é o risco ou a probabilidade de se infectar.

Uma análise modesta destas campanhas, leva-nos a concluir que os efeitos latentes, ou seja, os propósitos não previamente planificados ou desejados, reduzem, senão, anula os objectivos planificados, que é a redução do alastramento da infecção pelo vírus. Um outro aspecto a ter em consideração é o facto de muitos dos entrevistados não serem consistentes com os mecanismos de prevenção, o que acrescenta mais a possibilidade de infecção.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, este trabalho exploratório procurou focalizar questões sobre as representações sociais do SIDA e sua relação com comportamento sexual, o que implicou, inevitavelmente, uma reflexão sobre o que é o SIDA.

A partir dos resultados deste trabalho, embora de alcance reduzido, pode concluir-se que as representações sociais dos jovens sobre o HIV/SIDA, estruturam-se em torno de cognições ligadas à prevenção. Constatou-se que os jovens apresentam-se relativamente informados quanto às formas de prevenção e transmissão. No entanto, percebe-se um conhecimento desestruturado, caracterizado pela reprodução das informações mais difundidas nas campanhas de prevenção.

Analiticamente, os resultados deste trabalho enquadra-se no critério genético de Moscovici, em que as representações sociais são entendidas como produto das interações e colectivamente produzidas, reflectindo a situação desse grupo, neste caso os jovens, ou seja, são produto da actividade cognitiva e simbólica de um grupo social.

Os jovens foram quase unânimes ao salientar a importância do uso do preservativo masculino nas relações sexuais para a prevenção do HIV/SIDA. No entanto, isso não significa que os mesmos adoptem práticas de protecção, particularmente de sexo seguro, de modo a se prevenirem do SIDA. Tal aspecto revela contradições existentes entre representações e práticas.

Embora os jovens detenham informação de que o HIV/SIDA é uma doença que não tem cura, nota-se que a representação dos mesmos perante o HIV/SIDA não é reconhecido como uma ameaça às suas vidas, pelo facto de não serem consistentes com as medidas preventivas.

A análise do material discursivo permitiu acessar informações acerca do conteúdo da representação social do SIDA. Dessa forma, conclui-se que as palavras “doença”, “não tem cura” e “mata” constituem elementos que estruturam essa representação entre os jovens e, reflectem um conteúdo negativo, no qual o SIDA é representado como uma fatalidade: “uma doença que não tem cura e que mata”. Convém salientar que o núcleo central das representações revela os conteúdos consensuais, mas não esgota todo o seu conteúdo.

Contudo, essa construção não reflecte a forma como os jovens se posicionam frente ao risco de contrair o HIV/SIDA no seu quotidiano, pois, estes desenvolvem mecanismos cognitivos e afectivos que não permitem protegerem-se da epidemia.

No que se refere ao conhecimento apreendido pelos jovens sobre o HIV/SIDA, observa-se que este caracteriza-se pela memorização e reprodução das informações sobre as formas de prevenção e transmissão e, sobretudo, pela ausência de conteúdos acerca do processo de desenvolvimento da doença.

A promoção excessiva do preservativo levou à banalização do sexo, em virtude de as pessoas considerarem que podem desenvolver a sua actividade sexual com múltiplos parceiros sem correr perigo algum, desde que se utilize o preservativo. Tal como fez-se referência, a fiabilidade do preservativo não é absoluta, daí que, quanto mais forem as relações promíscuas, maior é a probabilidade de contrair o vírus de HIV/SIDA.

Portanto, os resultados do presente estudo exploratório indicam que há, entre os jovens, um conhecimento deficitário sobre o HIV/SIDA e, supõe-se que mesmo o conhecimento profundo não leva necessariamente as pessoas a comportarem-se de maneira correcta, isto é, a ter um comportamento sexual seguro. Quer isto significar que o comportamento sexual de alto risco tem a ver com as representações sociais ligadas as normas socioculturais.

Nessa lógica de raciocínio, podemos afirmar que a Estratégia Nacional de Prevenção e Combate ao HIV/SIDA parte de um pressuposto problemático – é preciso dar informação correcta acerca da transmissão e prevenção para à mudança de comportamento – na medida em que o comportamento dos indivíduos é bastante complexo e várias pesquisas mostraram que só a educação não é suficiente para induzir à mudança do comportamento dos indivíduos.

Porém, o que impedem os jovens agir de acordo com as mensagens que dizem acreditar provém de duas categorizações fundamentais: i) *A indiferença Confiante*, em que as pessoas têm informação do que é o SIDA, mas não lhes interessa, pois são problemas que dizem respeito aos outros e nunca a eles; ia) *Amor Eterno Amor*, são pessoas que sabem o que é o SIDA, mas que não se previnem pela confiança que os medeia.

O resultado deste trabalho confirma a hipótese de trabalho com a qual partimos de que o comportamento sexual de alto risco prende-se com as representações sociais do SIDA.

Esta reflexão sobre as representações sociais do SIDA e sua relação com comportamento sexual caminha mais na direcção da perspectiva construtivista na abordagem do tema. Ao privilegiá-la como fazendo parte do domínio social, as representações sociais e comportamento sexual passam a ser compreendidas não como propriedades de indivíduos atomizados, mas de sujeitos sociais inseridos em redes de significados e valores que modelam as percepções e comportamentos que são passíveis de redefinição.

A análise das representações sociais e o comportamento sexual implica partir de modelos teóricos que percebam o comportamento humano como um processo complexo, socialmente construído, em que as decisões sobre as relações

sexuais e áreas afins não são tomadas num vazio, mas são modeladas e limitadas pela realidade na qual os indivíduos estão inseridos.

Tendo em conta o carácter e a dimensão deste trabalho, sugerimos que se façam estudos mais amplos, de maior abrangência e profundidade de modo a apurar se de facto o conhecimento deficitário está na origem da prevalência do comportamento sexual de alto risco ou se as representações sociais estão realmente por detrás desta persistência.

BIBLIOGRAFIA

ACNUR/PNUD (1997). *Perfis de Desenvolvimento Distrital: Perfil Distrital de Nhamatanda*, Maputo – CEA, pasta nº 137/M.

AHMED, Samira e KHEIR, Al Haj (1992). *Sudanese Sexual Behaviour, Socio Cultural Norms and the Transmission of HIV*. In: Dyson, Tim (ed.). *Sexual Behaviour and Networking: Antropological and Socio Cultural Studies on the Transmission of HIV*. Liège, Editions Derouaux-Ordina. Pp. 303-314.

ALMEIDA, Nascimento (1995). *A Dinâmica da Comunicação de Grupos*. Editora Zahar, Rio de Janeiro.

ANUGWOM, Edlyne E. (s.d.). *Perception of AIDS among University Students in Nigeria: Implications for AIDS Prevention Programmes*. In: BECKER, Charles et al. *Vivre et Penser le SIDA en Afrique*. Editions Kar Thala et Cordesria. Pp. 589-597.

AYRES, JRC e CALAZANS, GJ (1998). *Vulnerabilidade do Adolescente ao HIV/SIDA*. In: VIEIRA, EM, et al., (org). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Brasília: Cultura Editores Associados, pp97-109.

BARDIN, Laurence (1995). *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lisboa.

BASTOS, Lília da R. et al (1995). *Manual para Elaboração de Projectos e Relatórios de Pesquisa, Teses, Dissertações e Monografias*. 4ª edição, LTC Editora, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BENEDICT, Ruth (1954). *Padrões de Cultura*. Lisboa: livros Brasil.

BIROU, Alain (1982). *Dicionário de Ciências Sociais*. 5ª edição, São Paulo.

CEA/MMCAS (2001). *Projecto de Investigação Género/HIV/SIDA: o impacto sócio-económico do HIV/SIDA numa perspectiva de género*. Maputo.

DURKHEIM, Emilé (1989). *Représentations Individuelles et Représentations Collectives*, in: *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. Edições Paulinas, São Paulo.

GUNE, Emídio V. S. (2001). *O Papel da Cultura na Prevenção do HIV em Moçambique: 1987 – 1995*. Dissertação de Licenciatura em Antropologia, UFICS/UEM.

HAYWARD, R.F. (1990). "AIDS, Womens and Children", AIDS and Society. In: BECKER, Charles et al. *Vivre et Penser le SIDA en Afrique*. Editions Kar Thala et Cordesria. Pp.

KIRBY, Michael (1996). *Human Rights and HIV/AIDS: Upholding Human Dignity and Defending Principles*. Exchange, 1:1.

LAKATOS, Maria E. & MARCONI, Marina de A. (1995). *Metodologia Científica*. 2 ed., Atlas Editora, São Paulo.

MCPHERSON, Nancy (1996). *Women Supporting Women: the challenge of HIV in shelters*. Exchange, 1:3.

MINAYO, Maria C. (1994). *As Representações Sociais e o Imaginário sobre a Cultura*. 3 edição, São Paulo.

_____ (1996). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. C.P. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis: Editora Vozes, SP.

MISAU (1999). *Inquérito Demográfico e de Saúde*. Maputo.

MACUAMULE, C. & FOREMAN, M (2001). *Os Homens e o HIV em Moçambique*. Publicado por Panos/ SWAA, Maputo.

MOSCOVICI, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

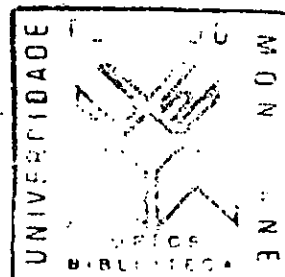
NHAMBIR, Alex (2000). *Aculturação e Percepção de Doença – os Jovens e as Doenças Sexualmente Transmissíveis: O Caso da Cidade de Chimoio*. Dissertação de Licenciatura em Antropologia, UFICS/UEM.

OCKA, C. e ROPERTO, A. (2000). *Pesquisa sobre a Representação Social do Stress*.

PARKER, Richard (1992). *Male Prostitution, Bisexual Behaviour and HIV transmission in Urban Brazil*. In: Dyson, Tim (ed). *Sexual Behaviour and Networking: Anthropological and Socio Cultural Studies on the Transmission of HIV*. Liège: Editions Derouaux-Ordina.

PEN (1999). *Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA, 2000-2002*. República de Moçambique. Conselho de Ministros, Maputo.

PNUD (2000). *Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano*. SARDC, Maputo.



PSI/Moçambique (1996). *Estudo de Intercepção do Consumidore de Verificação de Distribuição*. Relatório, Maputo.

_____ (1998). *Inquérito Populacional sobre Conhecimento, Atitudes, Comportamentos e práticas*. Relatório, Maputo.

_____ (1999). Inquérito sobre o Perfil dos Consumidores de Preservativo. Relatório, Maputo.

RWENGE, Mburano (s.d.). *Factores Contextuais de Transmissão Sexual do SIDA na África Subsahariana*.

SCHOEPPF, Brooke G. (1992). *SexGender and Society in Zaire*. In: Dyson, Tim (ed). *Sexual Behaviour and Networking: Anthropological and Socio Cultural Studies on the Transmission of HIV*. Liège: Editions Derouaux-Ordina.

SOUSA, Maria C. De (Org) (1994). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Vozes Editora, Petrópolis.

THIENGO, Maria A. (2000). *O HIV/SIDA nas Representações Sociais de Adolescentes: Implicações para a Assistência de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado (resumo). UERJ, Rio de Janeiro.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. (1987). *Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais*. Atlas, São Paulo.

TURA, LFR (1997). *Os Jovens e a Prevenção da AIDS no Rio de Janeiro (Tese)*. UFRJ, Rio de Janeiro.

VALA, Jorge e MONTEIRO, Maria (1997). *Psicologia Social*, 3ªed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

UNAIDS/OMS (1999). *Relatório sobre o HIV/SIDA*. In: Revista "A Epidemia Global".

Anexos**Anexo 1**

Questionário

1. Perfil Sócio-Demográfico

1.1 Sexo.

Masculino *feminino*

1.2 idade.

15-19 20-24 25+

1.3 O que faz para além de estudar?

Trabalha *Não trabalha* *Outra actividade*

1.4 Qual é a sua religião?

Cristã *maometana* *tradicional* *nenhuma*

1.5 Quais são os meios de comunicação de massas a que tem acesso?

Rádio TV jornal Outro **2. Representações Sociais do SIDA**

2.1 Já ouviu falar do SIDA?

2.1.1 Se sim, através de que meio ouviu falar?

Rádio *Televisão* *Jornal* *Amigo(a)s* *Familiares* *teatro* *Filme* *outros meios.*

2.1.2 Se não, já ouviu falar de algo (de uma doença) que está a matar muita gente nos últimos tempos?

2.2 O que pensa que é o SIDA?

2.3 Na sua opinião, acha que o SIDA existe?

2.3.1 Se sim, qual é a causa ou donde vem o SIDA?

2.3.2 Se não, porque acha que o SIDA não existe?

2.4 Como é que se previne contra o SIDA?

2.5 O que é que pensa das medidas de prevenção do SIDA?

2.6 Segue as medidas de precaução que são aconselhados?

2.6.1 Se sim, o que é que o (a) leva a seguir?

2.6.2 Se não, o que é o (a) leva a não seguir?

3. Comportamento Sexual

As perguntas que se seguem fazem parte dum bloco distinto sobre o comportamento de alto risco. O objectivo é apurar se o seu entrevistado tem um comportamento sexual de alto risco segundo os critérios definidos para o efeito (relações sexuais promíscuas e sem preservativo).

3.1 Durante as últimas quatro semanas, teve alguma relação sexual ocasional?

Sim *Não* *Não sabe*

3.1.1 Se teve relação ocasional, tomou alguma medida de precaução?

Sim *Não* *Não Sabe*

3.1.1.1 Se sim, porque é que tomou a precaução?

SIDA *DTS* *Gravidez* *Outro*

3.1.1.2 Se não, porque é que não tomou nenhuma precaução?

3.2 Quando se relaciona com alguém há bastante tempo, toma alguma medida para se prevenir do SIDA?

3.2.1 Se sim, porque é que costuma se prevenir?

3.2.2 Se não, porque é que não costuma se prevenir?

3.3 Algumas pessoas afirmam ter relações sexuais com o preservativo incomoda ou retira o prazer. Você é da mesma opinião?

Anexo 2

Tabela 1. Distribuição das atitudes dos entrevistados em termos de precaução

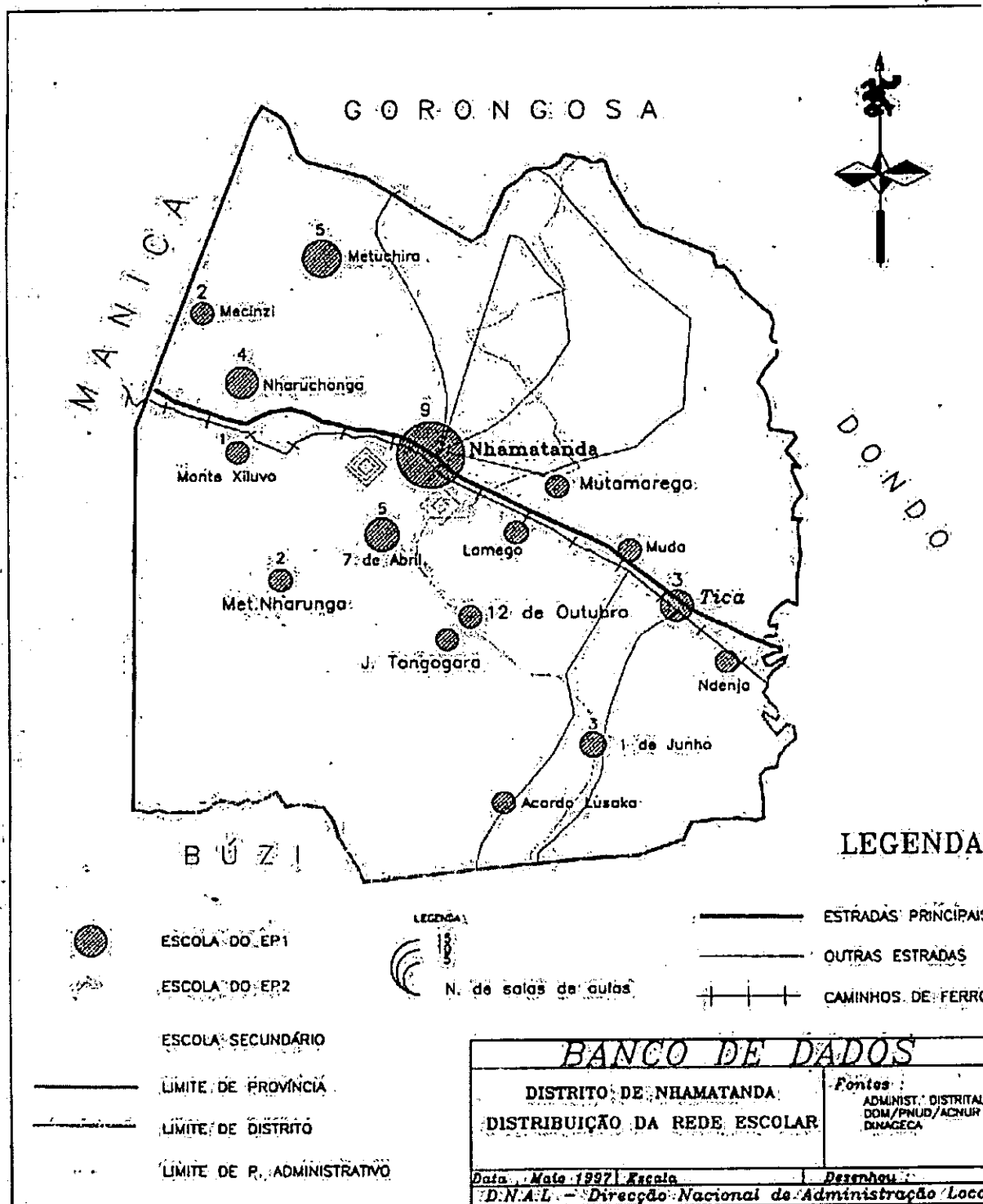
Atitude	Frequência	Percentagem
Toma precaução	6	30%
Não toma precaução	8	40%
Abstinência	2	10%
Outra	4	20%
Total	20	100%

Anexo 3

Tabela 2. Distribuição por problema do uso do preservativo

Problema	Frequência	Porcentagem
Restrição do prazer	13	65%
Não ejacular	4	20%
Ruptura	1	5%
Nenhum problema	2	10%
Outros		
Total	20	

Anexo 4



I

