

Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Arqueologia e Antropologia

**Dinâmicas de Mutações Identitárias e das Representações Sociais num Contexto de Pessoas
Vivendo com o HIV e SIDA – Caso do Bairro Chali, Katembe**

Autor:

Sinai, Celestino Rafael

Supervisor:

Dr. Danúbio Lihabe

Maputo, Dezembro de 2013

Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Arqueologia e Antropologia

Relatório de pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane

**Dinâmicas de Mutações Identitárias e das Representações Sociais
num Contexto de Pessoas Vivendo com o HIV e SIDA – Caso do
Bairro Chali, Katembe**

Autor

Sinai, Celestino Rafael

Supervisor

Dr. Danúbio Lihaha

Presidente

Omar Madime

Oponente

Elísio Jossias

Maputo, Dezembro de 2013

Declaração

Declaro por minha honra que este projecto de investigação nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau e que ele constitui o resultado da minha investigação no campo, assim sendo estão indicados no texto as fontes utilizadas e as respectivas referências.

Sinai, Celestino Rafael

Maputo, Dezembro de 2013

Dedicatória

*....A minha avó Felizarda Seneta em memória,
que sempre transmitiu forças para meus pais
em seguida meus pais para mim e meus irmãos
colocando sempre a escolarização para fazer a
diferença na vida de cada um de nós...*

Dedico esta monografia a minha família que sempre se fez presente durante todo o meu percurso acadêmico até o momento, em especial ao meu pai *Rafael Sinai* que sempre se mostrou amigo número um e torcendo sempre para o sucesso do seu educando. A minha mãe *Mariana Salvador Chitsondzo* que sempre se orgulhou do seu filho e sempre esteve a orar para que sempre haja saúde e para que as dificuldades fossem derrubadas ou transformadas em bênção, seguindo-se assim o trajecto rumo ao triunfo.

Aos meus irmãos *Nelson, Cátia, Huméria e Fausto* que sempre estiveram na bancada fazendo claque para mim, torcendo para que nada me parasse ao longo destes longos anos de estudo nos bancos da faculdade.

Para todos supracitados dedico esta monografia como fruto daquela semente que foi plantada com amor, regada com carinho e cuidada com muita atenção de modo que os seus entes queridos se alegrassem a cada dia proporcionado por Deus ao longo da nossa existência.

Agradecimentos

Faltam-se palavras para caracterizar a profunda gratidão e admiração que tenho e terei pelo *Dr. Danúbio Lihaha* pelos puxões de orelha ao longo do trabalho de supervisão, tendo este se mostrado paciente e sempre despónivel para ajudar na compreensão do tema que me propus a investigar como trabalho de fim do curso. Para ele o meu mais profundo Kanimambo de coração.

Aos meus professores *Dra. Carla Braga, Dr. Mate e Dr. Gune* que me fizeram apaixonar pela Antropologia como ciência que olha para os fenómenos com outros olhos procurando tornar inteligente o que aparentemente é tomado como irracional.

Ao meu pai que sempre transmitiu energias positivas para não parar de lutar para a concretização do sonho e desejo de me tornar cientista social apaixonado pelo que quero fazer.

Aos meus amigos irmãos de infância *Atanásio, Guido, Irénio e Gildo* que sempre zangaram-se comigo pelo distanciamento que estes anos criaram, mas felizes por saberem que era necessário o distanciamento.

Aos meus *cotas e bradas, Américo, Arsénio, Daniel, Dioclécio e Fanuel* que pude conhece-los e estiveram como peças fundamentais ao longo deste tempo transmitindo o calor de amigos nos momentos de saturação.

Aos meus amigos da turma *Badgia, Alvaro, Stélio e Stefânia* e alunos de dança que sempre conseguiram me fazer relaxar nos momentos de stress.

Aos meus colegas da turma de Antropologia 2009 em especial o *Elidio Muamine, Catija Maivasse, Carla Tivane, Sónia Ngonhamo e Olímpio Malasse* que foram e serão sempre o grupo de estudo onde os debates eram duros. Para terminar não podia esquecer dos meus colegas cotas do coração, meus novos companheiros *Bernardo Manjate, Maria Celeste e José Mazozo*.

Para todos os supracitados o meu KANIMAMBO por contribuírem directamente ao longo da minha caminhada e para os que indirectamente contribuíram o meu obrigado!

Resumo

O presente relatório de pesquisa espelha um leque de fenómenos sociais que foram e podem ser vivenciados no Distrito Municipal da Ka Tembe concretamente no bairro de Chali, onde encontramos um grupo de senhoras camponesas vivendo com HIV e SIDA que ontem se viram marginalizadas, reféns de rótulos, estigmatizadas e discriminadas pelo desconhecimento do HIV e SIDA e suas manifestações por parte dos indivíduos que os rodeavam integrantes da comunidade e principalmente pela família.

Este grupo de senhoras que se vendo excluídas do seio das relações sociais das pessoas quais pensavam ter primeiro apoio procuraram ajuda em outros locais, assim chegaram ao hospital local e a Cruz Vermelha de Moçambique na Ka Tembe onde conseguiram se tornar activistas na área do HIV e SIDA e predispuseram-se a fazer a diferença trabalhando a terra produzindo e ajudando a pessoas vivendo com HIV e SIDA que não tinham também apoio das suas famílias e capital monetário para comprar suplementos alimentícios para fazerem face a medicação sem esperar qualquer remuneração por parte dos ajudados pois estas acreditam que a alimentação é a primeira coisa importante para o sucesso no controlo do HIV e SIDA. Estas acções permitiram com que se beneficiassem de mais apoio quer por parte do Governo (pelos 7 milhões alocados aos Distritos), quer por Organizações não Governamentais, por instituições privadas nacionais, por particulares e outros simpatizantes.

Passados anos iniciou-se a produção em larga escala com técnicas e instrumentos aprendidos nos bancos da escola da vida com seus pais que aprenderam com seus avós assim por diante, estas senhoras viram-se apesar de estágios de avanços e retrocessos durante anos, a transformarem-se de campónesas á Agro-pecuárias. As mudanças ocorridas ao longo dos anos fizeram com que os rótulos outrora fabricados a estigmatização e discriminação fossem passados para trás e esquecidos como se nunca tivessem existido, hoje podemos visualizar a morte do HIV e SIDA em detrimento de novas pessoas que são tomadas como normais como qualquer outro individuo seronegativo. Este vírus e doença passaram a ser olhados como uma outra qualquer doença se quebrando assim o medo, o estigma, o rotulo, a discriminação e o principal, o desconhecimento em relação ao HIV e SIDA e suas manifestações no corpo dos indivíduos.

Palavras-chave: Discriminação, Doença, Estigma, HIV/SIDA, Relações Sociais e Auto-estima.

Índice	Pag.
Introdução e Contextualização	8
I. Capítulo. Problemática	11
II. Capítulo. Justificativa e Motivação	13
II.I. Orientação Metodológica	14
II.II. Técnicas de recolha de dados	15
III. Capítulo. “Estado de Arte” Revisão de Literatura	16
III. I. Enquadramento teórico e conceptual	18
III.II. Conceitos	20
1.1. HIV/SIDA	20
1.2. Rede de relações sociais	21
2. Dimensões dos conceitos	22
I.V. Capítulo	
1. Significado que estas pessoas abrangidas pelo projecto o atribuem	23
2. Compreensão significativa do projecto pelos abrangidos	28
3. Representações e interpretações sobre os indivíduos vivendo com HIV e SIDA em Chali	31
4. Mudança comportamental e reinserção social	32
Considerações finais	36
Referencias Bibliográficas	38
Anexos	40
Membros Fundadores do Grupo	41
Tabela relativa aos dados Serológicos de 2007-2011 da Ka Tembe	42

Introdução e Contextualização

O presente relatório de pesquisa constitui projecto de investigação apresentado em cumprimento parcial de requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciado em Antropologia pelo Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sórias na Universidade Eduardo Mondlane.

Os dados que suportam o projecto de pesquisa foram recolhidos no bairro de Chali que pertence o Município Distrital da Ka Tembe na província de Maputo entre Agosto de 2012 á Dezembro de 2012 sob a supervisão do Dr. Danúbio Lihaha.

Fazendo uso do método de observação participante aprendido na academia apliquei no local de modo a compreender as Mutações Identitárias e Representações quais eram até então reportadas pelo senso comum sob forma de actos de discriminação rotulagem e estigmatização por parte da família e da comunidade á pessoas que vivem com HIV/SIDA no bairro de Chali integrantes do projecto Agro-pecuário desenvolvido unicamente por senhoras vivendo com HIV/SIDA da comunidade.

Para compreensão desses fenómenos usei a interpretação dos dados, observação da estrutura e sua funcionalidade dentro do conjunto de relações sociais na comunidade. E com base nestes métodos de observação, interpretação e compreensão dos dados com o auxílio das entrevistas semi-estruturadas e abertas pude captar os significados que são atribuídos a esses projectos por parte dos abrangidos pelo projecto, pude visualizar as dinâmicas de mutações identitárias, representações sociais e as interpretações construídas em torno dos indivíduos que vivem com HIV e SIDA, a alteração da mudança comportamental e o efeito da reinserção social que o projecto Agro-pecuário tem desenvolvido.

Importa referir que estas mutações identitárias, representações sórias e interpretações carregadas de estereótipos faziam-se sentir bastante a sensivelmente 6-7anos e foram se transformando ao longo dos anos de tal maneira que com o aumento do conhecimento em relação a temática HIV e SIDA foram mudando os discursos no seio da comunidade a partir do instante em que os discursos ligados ao HIV e SIDA passam a ser acções tangíveis com efeitos intangíveis garantindo melhor qualidade de vida aos integrantes do projecto e abrangidos.

O Distrito Municipal da Ka Tembe tem 20649 habitantes segundo o levantamento estatístico do Censo 2007 com cerca de 9,62% pessoas seropositivas (ver: anexo pag. 33) de acordo com o levantamento estatístico efectuado no primeiro semestre de 2011 segundo a elaboração da administração local pelo departamento de Comissões de Combate ao HIV e SIDA da Cidade de Maputo.

A minha curiosidade em relação ao assunto surgiu quando tive o conhecimento das actividades que são desenvolvidas pelo grupo de senhoras que vivem com o HIV e SIDA, actividades estas que consistem em produzir hortícolas diversificadas e galinhas para assegurar a sua auto sustentabilidade no âmbito alimentício e económico-financeiro também para garantirem ajuda a quem padece da mesma epidemia e não tem o suficiente para alimentar-se de modo a fazer face a medicação e por conseguinte garantir uma melhor qualidade de vida. Tive o conhecimento segundo o qual fazia menção que este grupo que se dedica a ajudar a outrem era alvo de estigmatização pela comunidade e pela família.

Aproximei-me da comunidade para compreender o porquê desse comportamento reportado pelo senso comum para com os indivíduos que lutam para o seu bem-estar individual e colectivo, promovendo-se assim o espírito de auto-estima, solidariedade, coesão social, reinserção a comunidade deixando-se de ser o diferente se eliminando o desejo de isolamento por parte dos indivíduos que vivem com o HIV e SIDA.

Segundo Jackons (2004:273) no mundo subdesenvolvido a nutrição é frequentemente a única forma de terapia disponível. É sabido que a escolha de suplementos alimentícios de vitaminas podem fazer face ao HIV e garantir uma qualidade de vida boa desde que se comece cedo. E se começar quando já estiver doente a boa nutrição aliado ao tratamento medicamentoso evita as infecções oportunistas e garante o seu retorno as suas actividades.

O relatório está dividido em quatro capítulos sendo o primeiro relativo a problemática, onde encontramos a pergunta de partida, as hipóteses, o segundo é referente a orientação metodológica sendo constituído pelas técnicas de recolha de dados, enquadramento teórico e a dimensão conceptual do assunto em questão; o terceiro é referente ao estado de arte onde trago a revisão de literatura e o último capítulo contém quatro subcapítulos que tratam do assunto qual me propus a compreender, onde no primeiro subcapítulo irei procurar identificar as

representações sociais e procurar compreender o significado do projecto comunitário do HIV e SIDA no Distrito Municipal da Ka Tembe. No segundo observar os mecanismos processuais de actuação do projecto comunitário na vida das pessoas vivendo com HIV e SIDA, identificando os seus respectivos impactos. No terceiro procurarei compreender o significado que as pessoas abrangidas pelo projecto atribuem significado e no último procurarei compreender como o projecto pode alterar o modo de vivência das pessoas que se beneficiam e no último subcapítulo procurarei compreender e analisar o efeito da reinserção social que o projecto tem desenvolvido.

I. Capítulo

Problemática

Os preconceitos culturais de forma enraizada são construídos por indivíduos membros de grupo comum e tratados sob forma de crença. A análise dos conhecimentos sobre o HIV e SIDA¹ mostram-nos a existência de diversas percepções em relação a construção desse conhecimento, a deturpação do conhecimento em relação ao HIV e SIDA torna-a em alguns contextos algo medonho. Esta doença (vírus) que amedrontava os indivíduos pela forma como se manifestava nas pessoas pela falta de defesa dos anti-corpos, por falta da componente nutricional equilibrada nos corpos dos indivíduos (Webb.1997). Fez com que inicia-se na Ka Tembe um grupo de pessoas do sexo feminino com idade compreendida entre os 38-70anos activistas na área do HIV e SIDA, que vendo o estado débil que as pessoas infectadas apresentavam e sem condições necessárias de garantir uma alimentação equilibrada, viram-se na obrigação de prestar algum tipo de ajuda, passaram a produzir alimentos e distribuí-los entre os indivíduos de modo a assegurar seu bem-estar e fazer face a medicação do controlo do HIV e SIDA.

Sendo o HIV e SIDA em Moçambique uma realidade que se luta diariamente para estancar ou controlar como aponta Matsinhe (2005) face a essa realidade a estigmatização ao acesso ao mercado de emprego em diversos locais estatais ou privados, no Distrito Municipal da Ka Tembe bairro de Chali desenvolveu-se um projecto comunitário que visa ajudar aos indivíduos com HIV e SIDA, ajuda esta que consiste na atribuição de pintos e sementes agrícolas de modo que os indivíduos gerem renda ou recursos para auto sustento, contribuindo assim para a auto-estima dos indivíduos vivendo com HIV/SIDA face a essa realidade.

Algumas falácias apontavam que este grupo Agro-pecuário que se dedica a produzir hortícolas variadas e galinhas para seu auto sustento e ajudarem a outros que padecem da epidemia do HIV/SIDA igual ao grupo são alvo de estigmatização no seio da sua comunidade, esta estigmatização culminou com construções representativas a volta destes indivíduos. O que suscitou-me curiosidade foi o porquê do surgimento da estigmatização e construções representativas em relação aos indivíduos que se mostram dispostos a ajudar-se e ajudar outrém

¹**HIV/SIDA:** Segundo Jackson, significa Virus da Imonodificiencia Humana e Sindroma da Imonodificiencia Adquirida

em relação a esta epidemia que tem dizimado milhares de pessoas conforme os discursos e dados estatísticos que são apresentados.

Será este apoio baseado na alocação de pintos e sementes agrícolas para produção de recursos para sustento próprio ate mesmo para poupança financeira e eventualidades (medicas, medicamentosas, etc.) que possam surgir correspondem a transferência de responsabilidade da saúde exclusivamente para os indivíduos que vivem com HIV e SIDA ou uma estratégia que o grupo vivendo com HIV e SIDA construiu para responder os fenómenos de estigmatização, discriminação e rotulagem que viviam na comunidade de Chali?

Numa época em que falar de discriminação pensa-se estar ultrapassada em todos quadrantes terrestres, nota-se em alguns assuntos um desconhecimento profundo principalmente quando falamos do HIV e SIDA em associação com a discriminação seja ela positiva ou negativa, rótulos construídos e estigmatização, alguns pensadores pensam que com tantas campanhas de sensibilização as pessoas estão bastante clarificadas em relação ao assunto.

No bairro de Chali o grupo de senhoras (Associação Auto-Apoio) Associação Agropecuária Auto-Apoio que vivem com HIV e SIDA têm desenvolvido actividades de âmbito agropecuária de modo a auto sustentarem-se, gerando assim rendimentos económicos para si e para a família, estas tem também ajudado a indivíduos que não têm suplementos suficientes de modo a fazer-se face aos medicamentos e nutrirem de forma equilibrada seus organismos. Os preconceitos culturais construídos por indivíduos enquanto membros dessa sociedade tem minado todo um trabalho de auto ajuda, o estigma enraizado na cultura é difícil de contorna-lo e muda-lo pois este prevalece como uma crença que deve ser seguida (Webb. 1997). A questão que me coloco nesta ordem de ideias é a seguinte: “quais são as representações identitárias que foram construídas e porquê tem minado todo um trabalho de ajuda que já vem a ser desenvolvido a bastante tempo?”.

II. Capítulo

II.I. Justificativa e Motivação

Numa época em que falar de Tabu, discriminação negativa (*frontal*- quando a ofensa é verbal e presencial, de forma *física*) a pessoas que vivem com o HIV e SIDA pensou-se estar ultrapassada, no Bairro de Chali no Distrito Municipal da Ka Tembe assiste-se um leque de acções realizadas na surdina e sem alarde por parte de quem protagoniza essas acções e também o silêncio por parte de quem sofre essas acções. Os abrangidos pelo projecto desenvolvido na Ka Tembe têm tido dificuldade de vender seus produtos porque os compradores optam em comprar em outras pessoas.

O bairro de Chali localiza-se entre o cais da Ka Tembe e o bairro de Pires os dois locais onde encontramos mercado de venda de produtos. A distância que separa estes dois pontos não é pequena de tal maneira que os residentes da Ka Tembe usam transportes semi-colectivos para chegarem a estes pontos. Os residentes do bairro de Chali tinha preferência em fazer suas compras no mercado cais ou pires mesmo tendo um centro de produção dos produtos quais percorriam distância para adquirir. Essa preferência em comprar produtos agro-pecuário em outros locais será que os indivíduos o fazem de facto pela preferência, será que é pelo preço aplicado ou há algo mais por detrás de todas essas preferências que são traduzidas em acções de estigmatização, discriminação, esteriótipização e rotulagem?”

O que me leva a ter interesse por esta temática são as acções de ajuda, reinserção social que se desenvolveram no Distrito Municipal da Ka Tembe que tiveram seu inicio a sensivelmente 7 anos altura do pico das acções estigmatização, discriminação, esteriótipização e rotulagem. Estas acções de auto-ajuda e reinserção social estão com tendência a desaparecer sem se elucidar os indivíduos o porquê do abandono desta prática da auto-ajuda. Sabendo-se que problemática do HIV e SIDA é um facto que preocupa Moçambique e é sabido que a luta contra esta epidemia é também travada todos os dias de modo a controlar ou extingui-la, Matsinhe (2005) referiu que em Moçambique a preocupação pela epidemia do HIV/SIDA começou após os primeiros casos diagnosticados, iniciou-se assim a implantação de postos de vigilância de modo a manter o controlo da disseminação da mesma.

Face a luta contra o HIV e SIDA no distrito municipal da Ka Tembe bairro de Chali iniciou a 6anos um projecto de ajuda aos indivíduos vivendo com HIV e SIDA. Ajuda esta encaminhada pela Cruz Vermelha de Moçambique com ajuda de parceiros governamentais, não governamentais e indivíduos singulares, que consistia na doação de pintos, ração e sementes agrícolas com seus respectivos adubos e fertilizantes de modo que os indivíduos tivessem o que consumir e com o excedente ajudassem os outros e gerassem rendimentos para comprar outros suplementos de modo a reforçarem de forma energética o seu corpo na luta contra o vírus do HIV e SIDA, se eliminando deste modo o estado de debilidade que se visualizava. Este apoio que vem não só marcar uma ajuda de âmbito económico e social mas também sócio-psicológico, mostrando aos indivíduos que vivem com HIV e SIDA que é possível ter uma saúde com qualidade e regressar as actividades e não esperar a término do indivíduo sem sequer tentar lutar para fazer a diferença face a essa epidemia do HIV e SIDA.

Segundo Lock e Hughes (1992:135) as percepções em relação a temática saúde, doença e cultura estão assente nas crenças que os indivíduos têm e constroem em torno do assunto.

No bairro de Chali o projecto desenvolvido pela Associação Agro-pecuário Auto Apoio composto somente por mulheres dispostas a fazer a diferença na tentativa de dar a conhecer o que é o HIV e SIDA e quais as suas manifestações de modo extinguir a barreira da estigmatização construída e criaram-se laços de relações sociais que fizeram face a esta problemática e a aceitação do indivíduo da sua nova condição de saúde.

II.II. Orientação Metodológica

Como orientação metodológica para a elaboração deste projecto de pesquisa e de modo a ter uma revisão de literatura que aborda a temática relacionada com o HIV e SIDA e as metodologias de sustentabilidade entre os indivíduos que padecem desta epidemia e também em relação a literatura que aborda as questões relativas a problemática do HIV e SIDA e respectivamente os itinerários terapêuticos que são usados de modo que o indivíduo tenha uma qualidade de saúde mais equilibrada, são de índole antropológico, documentos institucionais e de outras ciências sociais que pudessem ajudar a desenvolver o meu pensamento científico. Foram

também consultados ainda documentos secundários e de relatórios de Ministério da Saúde de Moçambique e de organizações internacionais que abordam acerca do assunto.

As entrevistas com os actores observados no bairro de Chali, conduzi-as em língua portuguesa e *changana, Ronga* (língua local em paralelo a portuguesa) uma vez que alguns dos entrevistados tinham dificuldades de expressar-se em língua portuguesa. As entrevistas tidas como canal condutor da pesquisa foram: abertas, semi-estruturadas respondendo-se no início algumas questões colocadas como sendo de base, importante salientar que os entrevistados eram deixados expressar-se livremente sem se desviar do assunto.

Recorrendo ao uso do método Monográfico que segundo Lakatos e Marconi (1991) no sentido etimológico, significa dissertação a respeito de um assunto único, sendo um trabalho científico que se caracteriza pela especificação, ou seja, a redução da abordagem a um só assunto, a um só problema. Este projecto de pesquisa é um trabalho com tratamento escrito de um tema específico que resulta de interpretação científica com o escopo de apresentar uma contribuição relevante ou original à ciência.

II.III. Técnicas de recolha de dados

As técnicas de recolha de dados usadas para o alcance dos resultados na pesquisa que decorreu na Ka Tembe formam de índole qualitativa dando muito mais ênfase a descrição do local e dos acontecimentos no local de observação em tempo real.

As técnicas de pesquisa que foram usadas são:

- ✓ Observação participante, que inclui ajuda aos observados na realização das suas actividades no campo;
- ✓ Entrevistas semi-estruturadas, conversa formais, conversas informais e perguntas semi-aberto, deixando assim o entrevistado narrar os acontecimentos que viveu antes e depois de contrair o HIV e SIDA, sem deixa-lo fugir o assunto;
- ✓ Descrições do campo e dos fenómenos decorrentes no mesmo campo de observação;

As abordagens usadas na observância dos dados captados na realização das observações são de âmbito Hipotético Dedutivo, Estruturo-Funcional e Interpretativo de modo a ter uma melhor compreensão do que se observava.

III. Capítulo

III. I. “Estado de Arte” Revisão de Literatura

Segundo o artigo da *roche* SIDA é provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que penetra no organismo por contacto com uma pessoa infectada. A transmissão pode acontecer de várias formas: relações sexuais, contacto com sangue infectado, de mãe para filho e durante a gravidez ou o parto e pela amamentação.

O HIV é um vírus bastante poderoso que, ao entrar no organismo, dirige-se ao sistema sanguíneo, onde começa de imediato a replicar-se, atacando o sistema imunológico, destruindo as células defensoras do organismo deixando a pessoa infectada *seropositiva*, mais debilitada e sensível a outras doenças, as chamadas infecções oportunistas que são provocadas por micróbios e que não afectam as pessoas.

Segundo Tample e Westwood (1988) HIV e SIDA, Vírus da Imunodeficiência e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e aponta que a infecção pelo HIV pode sim ou não evoluir para o SIDA no organismo Humano.

Segundo Birou (1982) referi que em qualquer sociedade existe a representação de uma ordem cultural, social e política a que a maioria se refere a fim da sua conduta e o reconhecimento dos valores dominantes.

No Distrito Municipal da Ka Tembe as representações que foram construídas em torno dos indivíduos que produzem e vendem hortícolas e galinhas mostram-nos umas das marcas que os valores sócias e culturais têm na monopolização de um conhecimento local em relação a um determinado assunto, neste caso estaríamos falando das construções representativas que andam a volta do conhecimento relativo ao HIV e SIDA. Look e Hughes (1996) referem que os povos do mundo concebem a doença nas suas crenças e práticas como produto das concepções locais. O modo de convivência permiti-lhes construir bases interpretativas de quaisquer enfermidades que possam ter ou surgir no seio da sua comunidade. As abordagens de saúde e doença são marcadas por perspectivas biomédicas e há uma certa ausência de perspectivas de ordem social.

O modo como a Comunidade da Ka Tembe intercede em relação ao assunto do HIV e SIDA pode ser fruto de interpretações com base nas suas crenças e práticas culturais. E nesta ordem de ideias Kleimmen (1980) refere que as desordens sejam elas orgânicas ou psicológicas só nos são acessíveis por meio de mediação cultural, a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias e somente com as três componentes ligadas é que é possível compreender as interpretações que um determinado grupo possui em relação a um determinado assunto.

Webb (1997) visualizando a deficiência que os métodos biológicos tinham para explicar as percepções e interações sobre as políticas de prevenção e não sendo suficientes, pelas limitações que apresentavam chama as dimensões políticas, económicas e sociais para explicar imensas coisas que a biologia não conseguia com toda sua análise metódica sobre o efeito de medida. Em algumas comunidades as enfermidades e doenças não são explicadas simplesmente pela componente biológica e em outras há inexistência da componente biológica visualizando-se somente a componente social para explicar os modos de vivências, as enfermidades e doenças.

Segundo a ONUSIDA (1999) a baixa taxa de escolaridade e a pobreza estão na raiz da problemática do HIV e SIDA, este grupo é mais vulnerável. Em Moçambique é possível constatar essa situação olhando os locais com altos índices de infecções do HIV e SIDA e ver se condiz com os locais com baixo nível de escolaridade e em seguida tentar perceber se é possível explicar a disseminação do HIV e SIDA somente com base neste pressuposto. Segundo Matsinhe (2005) em Moçambique após os primeiros casos de infecções do HIV e SIDA e a disseminação da mesma, notou-se preocupação do governo em estabelecer postos de vigilância e disseminarem mensagens de prevenção e tratamento da doença principalmente nas zonas onde as havia existência de pessoas de classe baixa, as que se considerava bastante vulnerável assim designado grupo de risco.

SIDA/MONASO/AMORESPO (2000) nas suas pesquisas procuravam demonstrar que os povos dos países em desenvolvimento precisavam de ajuda na saúde pública pelos governos dos países desenvolvidos, dando-se maior ênfase ao apoio ao tratamento do HIV e SIDA. Os activistas partilham a ideia de que o mais importante é os governos dos países desenvolvidos abrirem as tecnologias básicas e medicamentos essenciais de modo que se faça face a epidemia do HIV e SIDA. Enquanto o Manual de Formadores em HIV e SIDA existe dois tipos de

percepções no conhecimento do HIV e SIDA, o primeiro revela um desconhecimento em relação ao HIV e SIDA e considera esta como sendo fruto da imaginação da Europa, Ásia e América e que esta doença não é para africanos. A segunda percepção mostra um conhecimento sobre o SIDA e tem a consciência de que esta não tem cura e conseqüentemente mortal.

Segundo Farmer (2001) aponta que as desigualdades de nível económico, social, ambiental, ect., podem explicar a disseminação do HIV e SIDA e a indicação de grupos de risco. A saúde segundo Farmer passa a ser vendida para que possa pagar por ela, a incidência de algumas doenças a um determinado grupo e a outros não deve ser compreendida como resultado das desigualdades que os indivíduos têm em vários níveis.

Segundo Jackson (2004) pior que o HIV e SIDA é a morte social, o amparo da família e da comunidade são factores importantíssimos para a recuperação da saúde para níveis considerados saudáveis para o individuo que padece da epidemia do HIV e SIDA.

III. II. Enquadramento teórico e conceptual

Ao falar de percepções relativas a doença (HIV e SIDA) autores que abordam em relação a temática divergem ou se complementam ao ilustrarem seus pontos de vista pois estes tendo em conta os corpos dos indivíduos que procuram analisar ou compreender seus comportamentos dentro do meio de inserção, os corpos envolvidos nas suas percepções são o *a) individual*, onde o entendimento dos fenómenos ligados as pessoas em relação a doença é carregada de aprendizados local onde encontramos a família como sendo a primeira instituição que vincula esse aprendizado do universo; *b) Social*, neste corpo as representações do entendimento do corpo como aspecto simbólico natural é vinculado pela sociedade, comunidade e cultura; *c) Corpo Politico* onde o entendimento deste corpo encontra-se associado ao Estado de direito pois ele molda e controla os corpos ao nível individual e em grupo (Hasen 1997: 88-106). O entendimento trazido por Kleinman (1980) segundo os modelos explicativos relativos a saúde e doença são compostos por: etiologia, diagnostico, sintomas, tratamento e prognostico o que constituem elementos indispensáveis e indissociáveis para uma análise contextual de acções que visam fazer face a uma determinada enfermidade. Enquanto, que Uchôa e Vidal (1994) apontam

que os modelos explicativos que predominam num grupo facilitam a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de intercessões compreensíveis e aceitáveis pelo grupo, estas são as condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde. O Conjunto destes pressupostos supracitados garantem um bom entendimento dos fenómenos decorridos e decorrentes na Ka Tembe bairro de Chali pois o entendimento que os membros da comunidade tem relação a saúde e doença encontram-se carregadas destes aprendizados e explicações em relação ao assunto.

Segundo a ONUSIDA (1999) a explicação da disseminação do HIV e SIDA esta assente na baixa taxa de escolaridade e a pobreza segundo eles este é o grupo que apresenta maior vulnerabilidade. Segundo Matsinhe (2005) em Moçambique após os primeiros casos de infecções do HIV e SIDA e a disseminação da mesma, notou-se preocupação do governo em estabelecer postos de vigilância e disseminarem mensagens de prevenção e tratamento da doença principalmente nas zonas onde as havia existência de pessoas de classe baixa, as que se considerava bastante vulnerável assim designado grupo de risco de modo a terem um controlo da situação que se visualizava.

1. Conceitos

Os conceitos e a dimensão conceptual que irei usar na operacionalização no meu projecto de pesquisa que foi realizado no Distrito Municipal d Ka Tembe é:

1.1. HIV e SIDA

HIV segundo a MISAU² é transmitido quatro vias como através de relações sexuais, através de sangue contaminado e de produto de sangue (tecidos, órgãos), através de agulhas contaminadas, seringas e outros instrumentos perfuro-cortantes, através de transfusão de sangue (MISAU, 1998). SIDA³ é nome dado a um conjunto de doenças causadas pela ausência da resistência normal de organismos humano as infecções, cuja agente causador é o retrovírus HIV⁴ (MISAU, 1998). Enquanto Junod (1974:170-176) referi que o modo cultural de vida dos tsongas do vale do Save marcada por práticas como a circuncisão e a tatuagem, cuja observância envolve o uso de instrumentos cortantes como lamina, o livirato e sororato cuja prática implica a prática de relações sexuais desprotegidas entre o herdeiro e a viúva podem ser consideradas vectores de disseminação de HIV/SIDA.

1.2. Rede de relações sociais

Em Ciências Sociais rede seria o conjunto de relações sociais entre um conjunto de atores e também entre os próprios atores. Designa ainda os movimentos pouco institucionalizados, reunindo indivíduos ou grupos numa associação cujos limites são variáveis e sujeitos a

² Ministério da Saúde de Moçambique.

³Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

⁴ Vírus da Imunodeficiência Humana

reinterpretações. Para a Antropologia redes sociais busca apoiar a análise e descrição daqueles processos sociais que envolvem conexões que ultrapassam os limites de grupos e categorias.

Na Antropologia a noção de redes/redes sociais nasce na primeira aproximação remonta à Claude Lévi-Strauss (1949) quando analisou etnografias das estruturas elementares de parentesco anos 40. Em 1940, Radcliffe-Brown usa o termo redes. Barnes por volta de 1972 preocupava-se com a heterogeneidade dos usos da noção de redes, tentando alertar que a ideia de redes pudesse tornar-se mais uma palavra da moda, sem definição clara, nem uso específico (Acioli, 2007).

1.3.Auto-estima

Segundo Sedikides e Gregg (2003) em psicologia inclui uma avaliação subjectiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positivo ou negativo em algum grau. Autoestima envolve tanto crença autosignificados e também encontra expressão no comportamento humano (confiança/control), pode ser contruída como característica permanente de personalidade e como condição psicológica temporária.

2. Dimensões dos conceitos

- ✓ Saúde
- ✓ Discriminação

Saúde – Alcinda Howana (2002) referiu em um dos capítulos da sua obra que indivíduos consideram como sendo algo normal e a doença como sendo algo anormal e dividem esta anormalidade em dois: doenças simples e complexas. Este desequilíbrio que pode ser físico ou social. A saúde é tida pelas relações harmoniosas entre os seres humanos e o meio ambiente circundante e entre estes encontram-se os antepassados dos indivíduos.

A desarmonia do estado do indivíduo é vista como consequência da intervenção maligna dos *valoyi* (actores mágicos e feiticeiros) ou como uma sanção dos espíritos dos antepassados por um comportamento incorrecto. Podemos perceber o fenómeno HIV e SIDA como sendo uma punição dos antepassados por apresentar um leque de enfermidades como sinal de manifestação

da doença que mostram-se similares a fenómenos vividos por indivíduos ligados aos seus antepassados.

Discriminação - é fruto de preconceito (é uma atitude, um fenómeno inter-grupal, dirigido a pessoas ou grupo de pessoas, implicando uma predisposição negativa), e será sempre motivada por interesses em manter privilégios. Poderá ser provocada por indivíduos ou instituições.

Será *directa*, quando adoptar disposições gerais que estabelecem distinções fundamentadas em critérios proibidos, sendo de fácil caracterização quando, por exemplo, proíbe-se a entrada de uma pessoa em um clube por ser negra.

Já a discriminação *indirecta* está relacionada com situações, regulamentações ou práticas aparentemente neutras, mas que, na realidade, criam desigualdades em relação a pessoas que têm as mesmas características. Ela poderá ser imperceptível mesmo para quem está sendo discriminado, como nos casos de processos de selecção para empregos baseados no desempenho do candidato em uma entrevista, no qual, por exemplo, uma candidata pode ser eliminada em vista de ser mulher e grávida. Esta, ao final, ficará com a impressão de que passou por um processo absolutamente normal e equânime.

IV. Capítulo

1. Mecanismos processuais de actuação do projecto comunitário

Segundo Matsinhe (2005) a visibilidade pública de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA (PVHS) no País caracteriza-se por uma fraca actuação de pessoas ou associações de PVHS e por um relativo anonimato e silêncio na discussão pública na questão de infecção pelo vírus da SIDA, diferentemente de outros países como Brasil, por exemplo, onde os PVHS desempenham um papel crítico reivindicativo e catalisador que contribui para imprimir mudanças nas políticas e programas governamentais contra o Sida. Em Moçambique o associativismo começa por volta de 1988 com o surgimento das associações Kindlimuka em Maputo, e Kubatana em Manica, elas continuam actuar como organizações fráguas, em termos de expressividade na esfera pública e capacidade de reivindicações junto ao governo. Estas associações são atreladas e altamente dependentes das instituições do Estado, como MISAU, por exemplo que desde o início da actuação Kindlimuka vem co-assinando as produções mais significativas dessa produção.

Em Chali o processo de ajuda a PVHS teve seu início a sensivelmente 7 anos quando uma das senhoras líder da associação percebeu que havia necessidade de ajudar a outras pessoas que eram estigmatizadas e isoladas pela comunidade e a família o que culminava com a fraca produtividade nos rendimentos de modo a suprimir todas despesas e garantir suplementos suficientes a mesa. Estes factores faziam com que as pessoas no meio de dificuldades não desenvolvessem seus corpos e passassem a apresentar uma aparência física desgastada como conta umas das senhoras líder da associação.

Quando o projecto iniciou porque eu via as pessoas mal de saúde, a tomar comprimido e não comer nada, em vez de melhorar só pioravam. A Nhama ainga guente, dzi yona muno na gha te guenti i makinia. “o corpo não se aguentava via pessoa sem forças pelos comprimidos”. Meu filho pessoa tem de comer bem para melhorar. Porque se não come é possível viver.

Depois de iniciar a ajudar as pessoas como voluntaria da Cruz Vermelha de Moçambique e em parte por conta própria porque as verduras eu tirava da minha machamba para dar essas pessoas. As pessoas e se

eu te mostrar hoje não podes acreditar que estavam mal, as pessoas ficavam magrinhas, magrinhas mas agora estão a trabalhar tem mulher e filhos. Tem que comer, essas coisas da machamba tem vitaminas.

Depois espanhóis da Catalunã viram o meu trabalho e gostaram me mandaram procurar um espaço maior para produzir mais por que eu estava a fazer machamba na minha casa, quando encontrei essa quinta eu não podia trabalhar sozinha então chamei as pessoas que eu já ajudava. Mas tinham de ser senhoras que sabiam cultivar, wa ku switiwa ku dzima “que sabiam trabalhar a terra” que estavam doentes e sem dinheiro para comprar comida (Maria Candida. Membro fundadora e vice-presidente da Associação Agro-pecuária Auto Apoio).

O projecto trouxe a garantia de alimento na mesa de quem trabalha nele, não só os depoimentos que estão patentes nas entrevistas ilustram-nos uma notória a mudança gradual que o projecto trouxe na vida dos integrantes bem como na vida dos abrangidos, mesmo sem fazer parte do projecto como membros activos como deixam ficar os integrantes activos da associação nas suas entrevistas. Estas contam o estado de desidratação que se encontravam algumas pessoas e como chegaram no projecto, pois cada uma das senhoras tem história única mas todas elas marcadas pelos estereótipos, estigmatização e discriminação no seio das relações familiares e comunitárias.

A primeira pessoa que pude dialogar e ajudou-me a compreender os mecanismos processuais de actuação do projecto na vida das pessoas foi a mamã Seneta assim como é conhecida que contou como uma das senhoras chegou a associação e como o seu ser e estar mudou ao longo dos anos. A mamã Seneta conta o seguinte:

A mamã Tereza para além de estar doente tinha outro problema, os pés ficavam inchados e a família dizia ter medo de estar com ela. A wa mu phalela kwarto, a swa kuda ada kwartu nmuno, wa swi kuma wananga? A wa tchawa ku mu slhambissa. Loku ao mu wonile, nhamuntclha ugue te pfumela que hi ena. “lhe trancavam no quarto a comida lhe serviam no quarto, tas a perceber? para dar banho reinava um medo, mas hoje tu lhe vêes não da para dizer que estive mal”(Seneta). O trabalho que estamos a fazer é bom porque trabalhamos, outras pessoas que vem para aqui não duram muito tempo pois querem trabalhar e receber dinheiro em troca de trabalho realizado e nós não temos dinheiro para dar, a pessoa trabalha e quando as coisas estão na altura de colheita leva-se para casa e outra parte do excedente vende-se para ter dinheiro para renovar a sementeira. Muitas senhoras e meninas que já passaram daqui e vendo a dimensão desta quinta pensam que há existência de dinheiro, nos estamos a trabalhar para nos, não há quem tem dinheiro para pagar outro trabalhar, esta situação faz com que

estas pessoas que não conseguem fixar-se na associação a sua saída nos falem mal pelas costas mas nos não temos nada haver com isso pois eles falam a nossa vida não para (Ana Secretaria do grupo).

Podemos visualizar neste pequeno relato contado em gesto de segredo sobre a discriminação que existia em casa da mamã Tereza, mas importa referir que este episódio referente a família existe em todo lado, nas ruas e comunidade, mas esta é causada pela falta de conhecimento do assunto, as pessoas criam uma série de estereótipos para caracterizar o assunto relacionado a essa doença que desconhecem e pela debilidade que as pessoas apresentam por procurarem tardiamente uma unidade hospitalar ou mecanismo de tratamento da doença. Kleimmen referi que a explicação para os fenómenos ligados a saúde e doença tem de existir uma trió interpretação (individual, familiar e medico) que no momento do tratamento tem de estar unidas de modo que se tenha sucesso no tratamento.

Por causa da SIDA, minha família e meus amigos estão muito mais unidos e mostrou-me a força do meu marido (HIV/SIDA. ICW. (1999) Citado por Jackson. 2004:265).

A morte social é na percepção de Jackson é bastante destruidora causando danos psicológicos inestimáveis no indivíduo que a própria discriminação directa ou a doença propriamente dita.

Para além de estarem informadas sobre como melhor ajudar-se a si próprias, a maioria das pessoas na África Subsaariana que sofrem do HIV ou SIDA terão que contar com os cuidados da família, dos amigos e da comunidade. Muita das pessoas infectadas pelo HIV raramente serão aconselhadas por um profissional, salvo o momento em que se submetem ao teste do HIV. Muitas também não gozam do acesso aos serviços médicos. O mais importante é reduzir o estigma e a discriminação ligados ao HIV/SIDA. De modo que as pessoas infectadas possam procurar ajuda de forma aberta. São muitos os casos em que as pessoas, famílias inteiras com SIDA, sofrem rejeição, geralmente motivada pelo medo, confusão, vergonha, ira ou culpabilidade, estes sentimentos e atitudes devem ser compreendidos e mudados (Jackson. 2004:265).

O problema principal que enfrentam as Pessoas Vivendo com HIV/SIDA é o da auto-estima. Viver abertamente é a melhor terapia que conheço. Consegui a paz de espírito e recuperar o meu orgulho (Mazive. Citado por Jackson).

As entrevistadas contam que no início da venda dos seus produtos não era fácil e possível fazê-lo na zona da comunidade pois corriam risco de ver seus produtos a perecerem como aconteceu no início do projecto pois os indivíduos não compravam devido ao elevado índice de estereótipos que foram criados inicialmente por pessoas que sabiam as suas condições de saúde e estes vinculavam mensagens carregadas de estereótipos associando a doença aos produtos produzidos criando fissuras na maneira de pensar das pessoas.

Esta disseminação de mensagem não correcta cultivou receio e instalou o medo nas pessoas de ser infectadas caso consumissem os produtos produzidos. Nesta ordem de ideias construídas as produtoras viam-se obrigadas a saírem do bairro de Chali para venderem em outros locais, sendo o de preferência o cais da Ka Tembe onde segundo elas era mais fácil de vender, mas esta saída do bairro para o cais acarretava mais despesa nas contas iniciais da associação.

Mas este cenário foi mudando gradualmente quando algumas pessoas da própria comunidade começaram a comprar os alimentos produzidos pelas agricultoras, mas importa referir que estes que passaram a comprar, não tinham o conhecimento do estado serológico dos integrantes do grupo e outros o fizeram porque não acreditavam no associativismo que fora criado por aqueles que desconhecem por completo os mecanismos de contracção do HIV/SIDA.

A associação agro-pecuária da Ka Tembe mostra que no meio de tanto desconhecimento que os indivíduos tem em relação ao HIV/SIDA tudo tem o início com o doente, este deve aceitar sua nova condição de saúde e decidir se quer estar bem ou não e ao comer bem e responder o tratamento o retorno as actividades é a melhor coisa que o indivíduo pode fazer pois esta atitude o torna mais útil para si e para seus próximos que dependam dos seus subsídios para viver. O isolamento do indivíduo em vez de lhe causar traumas externos que podem ser tangíveis que nem por exemplo uma ferida, causa-lhe traumas internos que na sua evolução dão-lhe

subsídios para que possa viver com angustia e criando-lhe sentimento de inutilidade para a o seu grupo social.

O bem social por parte do indivíduo que vive com HIV/SIDA é um dos tantos desafios que a associação trabalha de modo que se diminua a estigmatização na comunidade e principalmente na família pois a família garante subsídios afectivos que fazem com que o indivíduo não se sinta diminuído das funções as quais desempenhava no grupo embora se saiba que este irá a partir do momento precisar de um acompanhamento especial no caso de alguma recaída no tratamento da HIV/SIDA.

2. Compreensão significativa do projecto pelos abrangidos

“Chorei muito quando soube que eu era seropositiva. Pensei que a minha vida tinha chegado ao fim e que nunca mais as coisas iriam ser as mesmas. Pediram-me que voltasse dois ou três dias depois a um encontro com outras pessoas seropositivas. Conversamos e elas pareciam ser felizes, e pensei, Bom se elas podem viver com HIV e são felizes, também eu posso ser feliz. Não vou ficar a espera que morra. Isso ajudou-me bastante (Jackson. 2004: 268)”.

A auto-ajuda constitui um foco central da medicina holística e alternativa, que a semelhança da medicina tradicional. O sucesso depende mais do indivíduo do que das pessoas que o cercam, o infectado deve aceitar a sua nova condição de saúde de modo que responda de forma positiva os processos terapêuticos de controlo da doença (HIV/SIDA).

“Larguei a escola estava na 9ª classe fui a África do Sul isso em 1999, aprendi a estufar cadeira com meu tio na zona de Mavalane. Quando vou a South (África do Sul) comecei por fazer esse trabalho com alguns mestres moçambicanos que me ajudaram, mas como cheguei na época de frio passei mal. Porque estava a tossir eu não sabia que já estava doente de HIV/SIDA, sabe que fique três meses a dar volta no hospital trocando de quarto e sem perceber nada. Foi quando a médica que cuidava de mim disse que eu tinha de voltar para casa, nem roupas eu tinha mais. A médica comprou roupas e me tirou do hospital com o carro dela de forma escondida e me colocou no carro de volta a Maputo, quando cheguei a fronteira de Ressano a Cruz Vermelha estava fazendo seus trabalhos lá e viram o meu estado, me internaram por dois dias e depois segui a casa Ka Tembe. Aqui em casa ninguém sabia do meu estado na África do Sul o que foi bom porque não ficaram preocupados. Quando cheguei não acreditaram que eu era eu e nem se pensava que eu poderia viver, nem eu acreditava que havia de continuar vivo, estava maning (muito) mal. Os de casa tentaram me fazer comer, algumas pessoas da Cruz Vermelha me faziam visitas sempre para ver como eu estava, eu não acreditava de que haveria de melhorar, estava mal, muito mal, foi quando me deram pintos para eu começar criação com os da Cruz Vermelha de Moçambique, mas dos 100 pintos que me deram só cheguei em casa com 70 porque outros andaram a morrer no caminho devido o calor. Acredite que ninguém comeu em casa esses primeiros frangos consegui criar os 70 e vendi todos. Voltei a comprar mais pintos e ração, mas agora quando estou para acabar de vender os frangos há quem traz os pintos em minha casa o que me ajuda, não era fácil alugar carro para carregar.

Antes de começar a vender há pessoas que vem fazer reserva de 3, 5, 10 frangos, há que quem até pede para pagar adiantado, tenho meus clientes. Mas nem sempre foi assim quando iniciei demorava muito para acabar e gastava na ração porque tinha de alimentar os pintos até sair, e quanto mais cresce és obrigado a aumentar preço e pessoas daqui não aceitam e nem querem saber dos teus gastos sem contar com o agravante de saberem da minha condição de ser seropositivo, as pessoas tinham medo de comprar em mim e preferiam comprar em outros lugares ou então preferiam comprar o industrial congelado. Mas tudo mudou e hoje compram até adiantado antes mesmo de chegar a época de venda, o que faz pensar em aumentar minha capoeira” (Jovem seropositivo não membro do grupo Auto-apoio mas abrangido pela ajuda da Cruz Vermelha de Moçambique).

É possível perceber o desespero e falta de esperança que o jovem apresentou, ilustrando a falta de credibilidade no trabalho o que as pessoas faziam a sua volta de modo a notar melhorias na sua nova condição de saúde. Este reconhece que foi pessimista quanto a sua recuperação e a ajuda que lhe foi oferecida nada melhor que a doação de pintos de modo a produzir e garantir rendimentos que ajudaram a família posteriormente, este não só mostra-se agradecido aos intervenientes do projecto como também contou que varias pessoas que receberam pintos de modo a produzirem e garantirem sustento próprio não conseguiram manter-se por muito tempo e ele orgulha-se de estar mais de cinco anos comercializando frangos e almeja agora ampliação do seu negócio.

“O pouco que eu conseguia produzir em casa levava para os meus doentes, para fazerem sopa, porque nem para mastigar não conseguiam, as vezes tinha de ir dar banho porque os familiares diziam que não conseguem olhar para pessoa. Mas agora que estou falar se eu te levar para ver essas pessoas que estou falar você não pode acreditar nem dizer que esta doente. A pessoa tem de comer bem. Quando não come como pode aguentar (Cândida. Associação Agro-pecuária).

Quando iniciou o projecto Espanhóis da Catalunha mandaram que procurássemos um espaço maior de modo a dinamizar o trabalho, identifiquei o espaço eles compraram o espaço para o grupo, colocaram o tanque de água de 5000 litro. Após algum tempo visitaram-nos e viram que o trabalho tinha evoluído, propuseram-se a ajudar mais construíram uma casa de alvenaria colocaram energia eléctrica e uma bomba de água, deram-nos o primeiro stock (porção) de pintos e galinhas poedeira para a produção

de frangos e ovos, mas perdemos parte da produção pois não sabíamos como tratar. Com a beneficiação dos 7 milhões do programa do governo podemos reiniciar a produção de frangos. Agora temos aqui mesmo machamba escola onde crianças ou pessoas grandes podem vir aprender e depois dar seguimento em casa ou nas suas machambas, por que aqui não temos como ficar com muita gente só pode yiwa fundissa “só podemos lhes ensinar” (Cândida)”.

Este é um pequeno retrato da tamanha importância que o projecto é dado pelos abrangidos, as pessoas não só passaram a ter mais garantias da auto sustentabilidade (independência económica financeira) como também passaram a aceitar a sua nova condição de saúde garantindo assim uma vida sã.

A família é também aqui chamada para garantir o calor familiar e eliminar o factor discriminação e estigmatização dentro e fora da família de modo que não se cause ferimentos emocionais ao indivíduo infectado pelo HIV e SIDA. Segundo Jackson (2004) se o indivíduo fica infectado pelo vírus do HIV e SIDA a família fica directa ou indirectamente afectada, assim sendo é importante que se faça um trabalho em conjunto para que se garanta uma vida de qualidade para ambos.

Embora possamos ver no fundo da essência do projecto uma transferência de responsabilidades da sociedade civil para as PVHS podemos notar que esta transferência é benéfica a medida que os integrantes conseguem fazer com que se multiplique o investimento inicial sem esquecer que ajudar ao seu semelhante sentimento este que esteve na origem do projecto. Notamos ainda o renascimento espiritual pelo trabalho e vontade de fazer mais de modo ter uma vida estável financeiramente e emocionalmente o que faz com que se aproximem mais da comunidade não como doente que necessita de ajuda para viver, mas sim como membro activo.

3. Representações e Interpretações sobre os indivíduos vivendo com HIV e SIDA em Chali

Aqui muita gente vem pedir emprego, primeiro pedindo para aprender o trabalho e outras pessoas por convite que fazemos, mas não ficam muito tempo porque chegam na associação já pensando em ganhar dinheiro no fim do mês, se a pessoa não tiver paciência não conseguiu ver o trabalho que esta fazendo na machamba. O fracasso destas pessoas que não conseguem se enquadrar na associação faz com que nos chamem nomes mais feios que possas conhecer, ameaçam e tentam fazer mal. Deve wa no yi loyile kale (Talvez já tenham tentado lançar feitiço contra nós a bastante tempo). Mas que culpa temos nos se outros não conseguem ter paciência para estar aqui (Ana e Rute. Associação Agro-pecuária).

Estes estereótipos construídos a partir da falta de entendimento no trabalho podem fazer com que a inveja e auto-estima expliquem pelo facto das pessoas não conseguirem manter-se por muito tempo no grupo. Por que o grupo trabalha uma grande porção de terra de forma dividida e organizada o indivíduo que chega por norma leva algum tempo muito ou pouco tempo dependendo do mecanismo de inserção que existe. Segundo a ideia partilhada pelo grupo as pessoas associam a porção de terra que ostentam e a criação animal a elevadas somas monetárias e bem-estar capital, mas esses não estão errados, mas o que estraga o relacionamento é pensar-se em ter esses benefícios a curto prazo, plantio exige, cuidar até que se chegue a fase da colheita e para algumas culturas leva meses e sem paciência não é possível tirar algum benefício, acontece o mesmo na criação de animais é necessário alimenta-los e ter serviço de veterinária de modo a garantir um crescimento saudável, pois caso se perca a produção não se pode disponibilizar a ajuda canalizada a quem não pode de forma alguma produzir para sustento próprio. Assim sendo a não concretização da inserção ao grupo vem o leque de estereótipos de culminam com a estigmatização e discriminação de todos a tipos e níveis até mesmo ao incentivo a algumas pessoas para não comprar-se o que se produz pelo grupo.

Segundo os membros da associação a auto-estima e o apoio encontrado no colega, família e amigo, contribuem significativamente com que se tenha cada vez mais forças de continuar a lutar e nunca parar a produção desenvolvida em função do que os outros dizem ou fazem de modo a prejudicar as directrizes traçadas pelo grupo aquando do seu inicio das actividades sem que surtam o efeito desejado por quem não apoia o projecto desenvolvido pela associação.

4. Mudança comportamental e reinserção social

O mais importante neste projecto é garantir melhor qualidade de vida das PVHS tendo como base a alimentação saudável e a partir desta componente reduzir o estigma e a discriminação ligados ao HIV e SIDA de modo que as pessoas infectadas possam procurar abertamente ajuda e o apoio que necessitam. Mas não só os infectados precisam de apoio os afectados pela doença devido ao desconhecimento também precisam de apoio moral e afectivo. São abundantes os casos de pessoas e até famílias inteiras com SIDA, que sofrem rejeição geralmente motivada pelo medo, confusão, vergonha, ira ou culpabilidade; estes sentimentos devem ser compreendidos e mudados (Jackson. 2004).

“...Tenho uma filha para cuidar hoje ela é a razão da minha vida, a mãe saiu de casa e abandonou-a ainda com um ano de idade hoje tem dois anos é seronegativa e eu levo uma vida normal como qualquer um...(Jovem abrangido pelo projecto)”

A wa tsonguana a waga yi respeitare. Deve a wo pimissa que yita caslhula cufa, mas yi maka ya watsoguana ya yina yi conguela ku yanha ni ku cuma ntamu yaku dzima, loko yifa wa ta sala na ma? Ku tsama na titia ou na vovo a swi fane ku tsama na mamani waku, no hembra papa?

Leswi yi dzimaco la wo conguela ku lawa Cruz Vermelha Wa Catalunha wata wa swi wona e wa yipfhuna kambe, porque a ku dzima ca yina a swi game ka yina so, têm de yi pfhuna wabenhanhe nibague pra wa swicota ku cateca. Yini machamba escola, sê yidja ku phfula cresh (Amélia e Cecília. Membros do grupo auto-apoio).

“Nossos filhos (as crianças) haviam perdido respeito, talvez porque achavam de que morreríamos de forma rápida. Mas é pelas crianças que rezamos para ter saúde e ter força para continuar a trabalhar a terra (cultivar). Se formos a morrer as crianças com quem ficarão? Ficar com a tia ou a avó não é mesma coisa que ficar com mãe, estou a mentir?”

Assim que cultivamos também rezamos para que os da Cruz Vermelha da Catalunha venham ver o nosso trabalho e nos ajudem mais, porque o que trabalhamos na terra não é só para nos oferecemos aos outros que se encontram doentes de modo que também melhorem e já que temos machamba escola queremos abrir cresh (Amélia e Cecília. Membros do grupo auto-apoio).

Nestes depoimentos obtidos nas entrevistas Amélia e Cecília tem um ponto de vista semelhante é pelos filhos mais novos lutam para inverter a situação de estigmatização que viviam em casa principalmente por parte do marido no caso da Amélia e dos filhos mais velhos no caso da Cecília, segundo elas essa estigmatização era causada pela debilidade que apresentavam e a indisponibilidade em desempenhar as actividades que vinham desenvolvendo a bastante tempo e porque a agricultura é uma das ferramentas chaves para a subsistência na região a ausência da actividade que elas desenvolviam nas sua machambas em casa e a comercialização de produtos de modo a garantir o sustento em casa viram-se marginalizadas pela incapacidade de responder as necessidades existentes. Serem convidadas pela Maria Cândida para fazer parte do projecto foi a melhor coisa que aconteceu, primeiro porque puderam perceber que há mais gente que esta infectada e ficar em casa a espera que a morte chegue a sua porta não era solução e pelo bem-estar dos filhos mais novos de casa tinham de mudar o cenário que viviam.

Após melhorias da saúde e retorno as actividades que colocavam sustento em casa fez com que ganhassem novamente o respeito dos seus entes queridos e tiveram oportunidade de ajudar gente que estava ou esta na situação qual uma vez se encontraram. Hoje cuidam dos netos e tem seus filhos mas novos estudando, tudo isso, apoiado pelo que consegue-se garantir com a venda de parte dos produtos produzidos. Cecília viu-se abandonada pelo seu marido pela culpabilidade que é atribuída pela doença.

Segundo Matsinhe (2005) a atribuição de culpa do vírus de HIV e SIDA ao parceiro esta ligada a falta de diálogos sobre representações e percepções que tem implicações na estrutura das relações entre pessoas e construções de noção de identidade individual e colectiva. A falta de conhecimento de certo assunto faz com que os indivíduos culpem os outros pelos seus erros ou desconhecimento de tal assunto.

Hoje estas mulheres com o desenvolver das actividades num ritmo acelerado e estável passam de simples camponesas a agro-pecuárias levando uma vida sã e os amigos apoiando o que lhe da bastante força e para além de trabalhar o tratamento e lutar para ter uma vida normal tornou-se muito fácil, essencialmente porque o apoio da família passou a ser mais presente e as

relações com os amigos e a própria comunidade voltou a normalizar-se com o tempo o que foi fundamental para a recuperação de cada uma das pessoas vivendo com HIV e SIDA.

É possível visualizar o apoio que o projecto canaliza para as PVHS, seja ela em forma acções tangíveis como é o caso das doações que são canalizadas ou de formas de acções intangíveis pelo leque de relações sociais que promove ao juntar bastante gente que luta pela mesma causa. A inserção social aqui é visível a três níveis, individual, familiar e pela comunidade, sendo a ultima constituída na sua maioria por amigos e pessoas que tinham algum tipo de ligação afectiva com o infectado.

Atendendo e considerando os pressupostos anteriores o projecto actua vida das pessoas de forma benigna alterando de forma positiva o modo de vivência dos indivíduos e a reinserção social torna dos indivíduos mais fortes e firmes na luta contra a epidemia do HIV e SIDA.

A associação Agro-pecuária Auto Apoio chama bastante atenção para o novo aprendizado nutricional e que puderam adquirir ao longo deste tempo desde a o inicio do projecto e desde que se descobriu o estado de seropositividade, para este grupo a componente nutricional deve ser bastante forte para se fazer face aos medicamentos e o apoio familiar principalmente dos filhos no caso delas que são mães é fundamental na luta contra o HIV e SIDA. Esta ideia de enfatizar o peso da componente nutricional já foi enunciada por Jackson (2004) quando referi que na África Subsaariana pode e na maioria das vezes constituir a única forma de combate contra a epidemia do HIV e SIDA.

Algumas recomendações são deixadas nas inter-linhas que importa deixar claro, pois são aspectos que podem ser ignorados mas estão presentes nos indivíduos que vivem com HIV e SIDA e precisam ser exteriorizados de modo que tenha uma qualidade de vida bastante equilibrada.

Eis alguns pontos que são levantados pela associação:

- ✓ O cuidado da saúde espiritual e mental;
- ✓ A esperança na vida após a morte;
- ✓ As escolhas saudáveis;

- ✓ A esperança que se acorde e se oiça de que os cientistas conseguiram alcançar a cura e;
- ✓ Viver de maneira tão normal quanto possível, mantendo-se activas e envolvidas em actividades.

Estes pontos podem ser captados nos discursos de bem-estar que os meus entrevistados mostraram ao longo dos diálogos. O outro ponto que se apresenta transparente é o facto do trabalho trazer para os integrantes e não integrantes do grupo mas abrangidos pela ajuda uma diminuição se não morte dos males falados para as PVHS, o leque de estereótipos que outrora foram criados, as marginalizações, estigmatização e discriminação que bastante se visualizou no inicio do projecto foram perdendo campo para o trabalho realizado e pelo trabalho nota-se a aproximação e solidificação das relações sociais e cristalização das mesmas relações. Actualmente pouco ou nada se fala de HIV e SIDA associado aos integrantes da associação, do associativismo da alimentação ao vírus ou então da inutilidade das pessoas que vivem com o HIV e SIDA. O projecto contribui significativamente para a mudança comportamental dos integrantes da associação, da família e principalmente da comunidade o que culminou com a diminuição do medo excessivo que se visualizava no inicio do projecto a sete anos.

Considerações finais

Após a interpretação dos dados captados nas entrevistas efectuadas no Distrito Municipal da Ka Tembe no Bairro de Chali pude compreender alguns factos que ocorrem nesta comunidade. Foi possível perceber a falta de conhecimento em relação a temática do HIV e SIDA o que fez com que os indivíduos associassem a produção agro-pecuária a doença, factor este que pela percepção que tive esteve bastante presente na culminação dos actos de marginalização, esteriótipização, estigmatização e discriminação a PVHS. Outro factor que esteve presente para a manifestação dos fenómenos já detalhados no texto são: o medo instalado pelos discursos mal vinculados em relação a doença, o que Hasen (1997), Kleinmen (1980), Uchôa e Vidal (1994) ao explicarem sobre os modelos explicativos em relação a saúde e doença fazem a chamada de atenção aos três corpos que garantem o sentido dessas explicações e o factor cultural sempre se faz presente e exerce grande peso nessas explicações podendo assim ser vista como factor chave nas construções das imagens representativas em relação ao assunto em causa.

Nesta óptica de ideias foram surgindo imensas fases de retrocessos e avanços na luta contra a estigmatização do HIV e SIDA na comunidade culminando assim com a união deste grupo em associação o que deu-lhes mais força e tornou a luta mais fácil, contribuindo assim para o aumento da auto-estima das PVHS. O apoio tido inicialmente contribui para a produção de recursos para auto-sustento até mesmo para poupança financeira e eventualidades hospitalares, podemos considerar este último facto como sendo transferência de responsabilidades exclusivamente para o doente do ponto dos fazedores das políticas permitiu com que a cultura de trabalho desenvolvida por este grupo rompe-se a falta de conhecimento claro que os indivíduos em relação ao HIV e SIDA.

O retorno as actividades são sempre apontadas como sendo o ponto central da questão quando se fala dos estereótipos construídos em torno dos indivíduos. Este retorno as actividades permitiu o rompimento ou camuflagem da inutilidade das PVHS e o medo construído entorno das pessoas e o associativismo da doença com a produção feita e que a comunidade aceita-se os indivíduos na sua nova condição de saúde ao saberem mais sobre o HIV e SIDA e concluírem que o facto de conviverem ou comprarem produtos produzidos com as PVHS não periga a vida dos membros da comunidade.

A chamada de atenção a família a cada fala e a grandeza da ajuda de instituição ou de singulares é bastante evidenciada pois estes gestos fazem a diferença e cultivam a auto-estima no indivíduo permitindo assim que este leve uma vida sã e normal.

Todos estes fenómenos narrados ilustram-nos como estas dinâmicas identitárias foram se transformando ao longo do tempo desde o seu início a 7 anos época que se caracterizou por actos de discriminação, rotulagem, estereótipização e estigmatização por parte de todos aqueles que tinham alguma relação social com as PVHS, mas com o passar dos anos estes actos foram se desgastando e nos dias de hoje visualizamos uma comunidade que trocou a falácia do HIV e SIDA pela cultura do trabalho o que culminou com o desaparecimento ou camuflagem dos actos protagonizados pela família e a comunidade. Nos dias de hoje o HIV e SIDA é tomada como qualquer doença passível a cura permitindo que as PVHS tenham uma vida tranquila e longe das representações que outrora foram criadas.

Referencias Bibliográficas

- Acioli, Sonia. 2007. Redes sociais e teoria social. *IN: revendo os fundamentos dos conceitos*, Londrina, v.12.
- Arnaldo, Carlos et Francisco, Antõnio. 2004. As características sócio-económicas dos distritos com postos de vigilância epidemiológicas do HIV/SIDA e sua influência na taxa de prevalência do HIV em Moçambique. Maputo. Faculdade de Letras: Universidade Eduardo Mondlane.
- Birou, Alain. 1982. Dicionário de Ciências Sociais. Lisboa. Publicações Don Quixote.
- Farmer, Paul. 2001. *Infections and Inequalities: the Moderns Plagues*. City: Berkeley. University of California Press.
- Hasen, Helen Ploug. 1997. Patient's dies and discourses of power. In Cris Shore and Susan Write (ed.) *The Antropology of Policy: Critical Prespectives on Governance and Power*. New York. Routledge (Chater 4). PP: 88-106.
- Howana, Alcinda. 2002. *Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós-guerra no Sul de Moçambique*. Maputo. Promédia.
- Hunt, Charles. W. 1994. Social vs Biology: Teories on the Transmission of AIDS in Africa. *IN Social Science e Medicine*. Vol. 42. N°5. pp. 1283-1296.
- Jackons, Helen. 2004. *SIDA em Africa*. Harare. Ed. Précigraph.
- Junod, Henry. 1974. *Usos e Costumes dos Banto*. 2ª edição. Lorenço Marques. Imprensa Nacional.
- Kleimen, Artur. 1980. *Patients and Headers in the Context f Culture explanation of the Bordel land between anthropology. Medicine and psychiatry*. USA. University of California Press.
- Lakatos, Eva Maria e Marcone. Andrade, Maria de. 1991. *Metodologia Científica*. São Paulo. Atlas editora. 3ed.

Lock, Margaret e Hughes, Nancy Scheper. 1996. A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In Carolyn Sagent e Thomas Johnson. Eds. *Medical Antropology Contemporary theory and Method* (Revised Edition). London: Westport.

Ministerio da Saúde. 1998. Seminário para a análise da situação de epidemia de HIV/SIDA em Moçambique. IN: Plano Estrategico Nacional.

Matsinhe, Cristiano. 2005. Tábula Rasa. Maputo. Texto editores Lda.

ONUSIDA. 1999. AIDS and HIV infection: Information for Unitted Nations Employees and their Families. Genebra. s/d editor.

Temple, David e Westwood, Norma. 1988. AIDS Now: Some questions Answered. Health Contaming Education Centre. School of Phamacy.

SIDA/MONASO/AMORESPO e Grupo de Activistas Anti-SIDA e DTS. 2000. Manual de Consulta de Formadores em HIV/SIDA. Maputo: UEM.

Sedikidess, C. Gregg. A. P. 2003. "Portraits of the self" IN M. A. Hagg e J. Cooper (eds). *Sage Handbook of Social Psychology*. Londres: Sage Publicatinos. pp. 110-138.

Uchôa. Elizabeth e Vidal Jean M. 1994. Antropologia Medica: Elementos Conceptuais e Metodologicos para uma abordagem de Saude e de Doença. Rio de Janeiro: Caderno de Saude Publica. Vol. 10 N°4. pp. 497-504.

Webb. 1997. HIV and SIDA in Africa. London. Pluto Press

www.roche.pt/SIDA. Consultado aos 5 de abril de 2012.

Anexos

Guião de Questões

1. Nome, idade e estado civil?
2. Com quem vive?
3. O que fazia antes de entrar para o projecto (Associação)?
4. Como chegou e conheceu as outras integrantes do grupo?
5. O que lhe faz permanecer no projecto até então?
6. O que produz?
7. Onde vende?
8. Quem Compra?
9. Quando o projecto iniciou qual era a finalidade?
10. O que o projecto mudou na sua vida?
11. Como chegaram a Cruz Vermelha de Moçambique?
12. Quando iniciou o problema de disputa pela posse do espaço que ocupam?
13. O que estão a fazer para resolver esse problema?

Membros Fundadores do Grupo

N°	Nome	Cargo
1	Flora Odete	Presidente
2	Maria Cândida	Vice-Presidente
3	Teresa Laifote	Tesoureira
4	Ana Chirindza	Secretaria
5	Felismina Lulu	Membro
6	Amelia Tembe	Membro
7	Cecilia Tembe	Membro
8	Assa Matsolo	Membro
9	Rute Jorge	Membro
10	Maria Tchambela	Membro

Conselho Municipal da Ka Tembe

Comissões de Combate ao HIV/SIDA na Cidade de Maputo

Tabela relativa aos dados Serológicos de 2007-2011 do Distrito Municipal da Ka Tembe

Nº Habitantes Censo 2007	2007	2008	2009	2010	2011	Cumulativo	Sero Prevalência
Infectados	A: 258 C: 49	A: 237 C: 25	A: 397 C: 27	A: 474 C: 42	A: 475 C: 43	A: 1841 C: 186	9.62%
TARV	A: 49 C: 0	A: 163 C: 0	A: 115 C: 1	A: 150 C: 10	A: 175 C: 16	A: 652 C: 27	X
Mortos	X	X	X	X	A: 3 C: X	X	X
Internados	X	X	X	X	A: 5 C: X	X	X
Taxa de Latitude	X	X	X	A: 60 C: X	A: 0 C: X	X	X

A: Adultos **C:** Crianças **X:** Inexistência de dados relativos

Dados desponiveis no Departamento de Acção Social e Combate ao HIV e SIDA do Municipio da Ka Tembe.