

ATO 52

2006

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

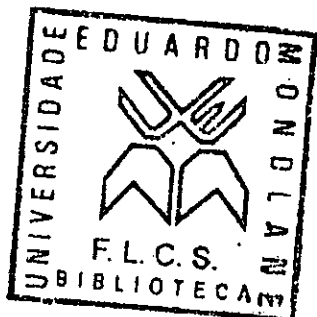
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA

**A ASSISTÊNCIA DAS REDES SOCIAIS ÀS PESSOAS VIVENDO
COM HIV/SIDA NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE**

Trabalho de graduação apresentado em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane

Celso Azarias Inguane

Maputo, 2006



**A ASSISTÊNCIA DAS REDES SOCIAIS ÀS PESSOAS VIVENDO
COM HIV/SIDA NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE**

Trabalho de graduação apresentado em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em **Antropologia** na Universidade Eduardo Mondlane por

Celso Azarias Inguane

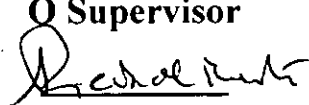
Departamento de Arqueologia e Antropologia

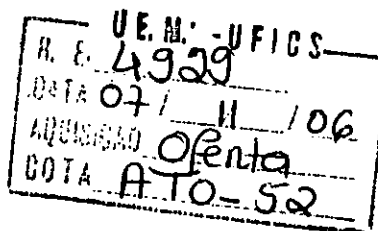
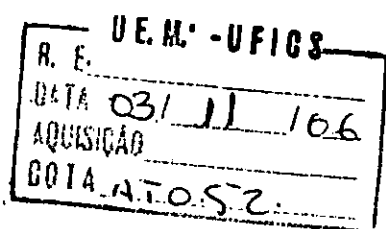
Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Universidade Eduardo Mondlane

Supervisora: **Dra. Ana Piedade Monteiro**

Maputo, 2006

O Júri			Data
O Presidente	O Supervisor	O Oponente	
_____		_____	<u>28/09/06</u>



DECLARAÇÃO

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

AGRADECIMENTOS

Gostaria de endereçar os meus agradecimentos à diversas instituições e pessoas que apoiaram-me generosamente na prossecução deste projecto, sem, contudo, responsabilizá-las pelos erros, omissões ou quaisquer limitações do trabalho. Na impossibilidade de recordar-me de todos resta-me a esperança de quem não tiver sido mencionado reconhecer-se nas palavras de apreço que vão de seguida.

Minha supervisora, Dra. Ana Piedade Monteiro, pelo apoio científico; Dr. Alexandre Mathe, pelo apoio institucional do DAA e seus recursos pessoais; Professor Rafael da Conceição e Dr. Adriano Biza, pelo acompanhamento metodológico; Dr. Francisco Mbofane, pelas discussões e literatura de outra forma inacessível; Círculo do BIP, do qual fiz parte com Edite Cumbe, Euclides Gonçalves e Sandra Manuel, pelas discussões epistemológicas e amizade.

Membros da equipa dos Cuidados Domiciliários da Associação Kindlimuka e outros participantes do trabalho, cuja identidade não divulgo por motivos éticos; Kindlimuka, pelo apoio institucional e acesso às PVHS; enfermeiras da secção de Cuidados Domiciliários do MISAU, pela literatura e esclarecimento das minhas dúvidas.

Sérgio Mondlane, encorajou-me a voltar a estudar; Julaya Mussá, amigo, tivemos grandes discussões epistemológicas; Edgar Chipepo, amigo em todas as horas, particularmente nas mais difíceis; Sra. Fernanda Cuco, Doralice e família, que concederam-me seus computadores sem olhar a horas.

Finalmente, mas sem colocá-la em último na ordem de importância, Sharon, minha mulher, pelos sacrifícios consentidos e apoio incondicional para que eu perseguisse um dos meus sonhos e obrigações.

DEDICATÓRIA

À meu pai, Azarias Inguane, ainda que postumamente, por ter-me influenciado a valorizar a educação e o mérito pessoal. E, ao meu filho, Simphiwe, na esperança de que se inspire nesses valores que o avô transmitiu-me.

LISTA DE ABREVIATURAS

AMODEFA: Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família

CD: Cuidados Domiciliários

DAA; Departamento de Arqueologia e Antropologia

HCM: Hospital Central de Maputo

HDD: Hospital de Dia

HIV: Vírus de Imunodeficiência Humana

MISAU: Ministério da Saúde

MSF: Médicos Sem Fronteiras

ONG: Organização Não Governamental

ONUSIDA: Organização das Nações Unidas contra o SIDA

PVHS: Pessoas Vivendo com HIV/SIDA

RENSIDA: Rede de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA

SAT: Southern Africa Aids Trust

SIDA: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UFICS: Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais

UEM: Universidade Eduardo Mondlane

VD: Visitas Domiciliárias

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1: O Investigador e Membros da Equipa de Cuidados Domiciliários

Figura 2: Mapa da Cidade de Maputo (Zona Continental)

Figura 3: Vista Frontal da Sede da Kindlimuka

Figura 4: Vista de Perfil da Sede da Kindlimuka

Figura 5: As Voluntárias da Equipa dos Cuidados Domiciliários

Figura 6: Actividade das Redes Sociais

Gráficos

Gráfico 1: Religiões Predominantes na Cidade de Maputo

Tabelas

Tabela 1: Lista dos Bairros da Cidade de Maputo

RESUMO

A problemática da assistência às Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHS) na África Austral e, particularmente em Moçambique, renova o interesse pelo estudo do papel das redes sociais na prestação de apoio aos seus membros em situação de necessidade. Estudos realizados nesta região apontam para a existência de potencialidades e de fragilidades de tal assistência. Esta constatação orientou o interesse pelo estudo da incapacidade das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS em Moçambique, mediante um estudo de caso etnográfico na Cidade de Maputo, usando a observação participante, conversas informais e entrevistas semi-estruturadas com diversos participantes na pesquisa, entre Julho e Setembro de 2005.

Os resultados sugerem que as PVHS na Cidade de Maputo beneficiam da assistência de redes sociais regidas por laços de amizade, associação religiosa, parentesco e vizinhança, sendo as redes baseadas no parentesco e na religião as mais activas. Contudo, a assistência que estes dois tipos de redes sociais prestam às PVHS é atravessada por limitações diversas, associadas ao tipo de assistência prestada, dificuldades financeiras, estratégias pessoais e familiares e, a história das relações sociais entre os membros das redes sociais. Tais resultados remetem para a necessidade de estudar a assistência que as redes sociais prestam às PVHS no âmbito de dinâmicas históricas da acção social estratégica e das possibilidades materiais, que condicionam o funcionamento, as potencialidades e as fragilidades das redes sociais.

ÍNDICE

Declaração -----	i
Agradecimentos -----	ii
Dedicatória -----	iii
Lista de Abreviaturas -----	iv
Lista de Ilustrações -----	v
Resumo -----	vi
Capítulo I: Introdução -----	1
1.1. Contextualização e Definição do Problema -----	2
1.2. Objectivos -----	3
1.3. Hipóteses de Trabalho -----	4
1.4. Conceitos-Chave -----	4
1.5. Justificação -----	5
Capítulo II: Revisão da Literatura -----	6
Capítulo III: Orientação Teórica -----	10
3.1. A Teoria das Redes Sociais -----	10
Capítulo IV: Metodologia -----	12
Capítulo V: Resultados -----	17
5.1. Local da Pesquisa -----	17
5.2. Perfil dos Informantes -----	21
5.3. O Papel da Infecção por HIV no Agravamento das Necessidades das PVHS e Membros dos seus Agregados Familiares na Cidade de Maputo -----	24
5.4. Os Cuidados Domiciliários Prestados pela Kindlimuka às PVHS na Cidade de Maputo -----	26
5.5. A Assistência Prestada pelas Redes Sociais às PVHS na Cidade de Maputo -----	33
5.6. Discussão -----	38

Capítulo VI: Conclusão -----	43
Referências -----	45
Anexos -----	49
Anexo A – Guiões de Entrevistas -----	48
Anexo B – Perfil dos Entrevistados -----	54
Anexo D – Plano de Actividades -----	55

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objecto a assistência prestada por membros de redes sociais (baseadas na amizade, associação religiosa, parentesco e vizinhança) à Pessoas Vivendo com HIV¹/SIDA (PVHS) na Cidade de Maputo, Moçambique. Durante a pesquisa procuramos perceber como as interações entre os membros das redes sociais e as PVHS condicionam a capacidade das redes sociais cobrirem as necessidades das primeiras.

Estruturamos a dissertação em seis capítulos: introdução, revisão da literatura, orientação teórica, metodologia, resultados, e conclusão. No capítulo introdutório apresentamos o problema que orientou a pesquisa, partindo da contextualização do objecto de estudo no âmbito da literatura sobre a assistência prestada às PVHS em Moçambique e na África Austral, e sobre redes sociais na mesma região. Sintetizamos o problema numa questão de partida, que antecede a apresentação dos objectivos, geral e específicos do trabalho e, finalmente, a motivação e a relevância do trabalho.

No segundo capítulo, discutimos a literatura publicada sobre a assistência prestada pelos membros das redes sociais às PVHS na África Austral e em Moçambique, com enfoque para os estudos sobre os cuidados domiciliários. A revisão da literatura precede o terceiro capítulo, intitulado “orientação teórica”, no qual apresentamos os pressupostos da teoria das redes sociais segundo a síntese proposta por Clyde Mitchell (1969), e explicitamos as hipóteses e os conceitos-chave do trabalho.

Dedicamos o quarto capítulo à apresentação da metodologia do trabalho, que consiste na fundamentação da opção pela estratégia de pesquisa, e apresentação dos procedimentos de recolha, análise e interpretação dos dados. Finalizamos o capítulo pela reflexão a

¹ HIV é a abreviatura do inglês *Human Immunodeficiency Virus*. Em língua portuguesa, o equivalente é Vírus de Imunodeficiência Humana, cuja abreviatura seria VIH. Adoptamos a abreviatura HIV, por ser a convencionada em Moçambique, esperando assim não induzir os leitores em confusões.

respeito de algumas dificuldades que enfrentamos durante a realização do trabalho de campo.

Apresentamos e discutimos os resultados da pesquisa no quinto capítulo, que inicia pela apresentação do local da pesquisa (a Cidade de Maputo) e de um breve perfil dos entrevistados. Segue-se a descrição do funcionamento dos cuidados domiciliários para as PVHS em Moçambique, para a qual usamos a nossa experiência de pesquisa com o projecto de tais cuidados prestados pela Associação Kindlimuka, na Cidade de Maputo. A assistência prestada pelas redes sociais às PVHS na Cidade de Maputo (enfoque da nossa pesquisa) é descrita em pormenor, logo de seguida, antecedendo a discussão dos resultados. O último capítulo é dedicado à apresentação da conclusão do trabalho.

1.1 Contextualização e Definição do Problema

A partilha de bens e de serviços obedecendo à lógica de reciprocidade entre membros de grupos sociais unidos por laços de parentesco, amizade, vizinhança, etnicidade, etc. (redes sociais) foi amplamente documentada, na África Austral (cf. Mitchell 1969) e em Moçambique (cf. Cruz e Silva 2000). Neste país 16,2 % da população encontra-se infectada com o HIV, sendo a província e a Cidade de Maputo as províncias com a segunda maior taxa de prevalência (20,7%)² (Moçambique 2005:18).. Entretanto, estudos sobre a assistência prestada à PVHS nesta região e em Moçambique revelam que muitas PVHS têm sido abandonadas ou discriminadas pelos membros das suas redes sociais (Chimwaza & Watkin 2004: 802, John & Ndebbio 2002: 60, Kubatsirana 2002, Mozambique 2004: 12, 66).

Alguns autores propõem que a incapacidade das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS em África deve-se a factores exógenos às dinâmicas das redes sociais, como o estigma, associado aos sinais e sintomas de infecção pelo HIV (John & Ndebbio (2002: 60), e a pobreza das comunidades rurais africanas, devido às políticas de ajustamento

² A província de Sofala apresenta a maior taxa de prevalência (26,5%) (Moçambique 2005:18).

estrutural implementadas em África a partir da década de 1980 (Jackson 2004: 289, 308-309; Schoepf 2001: 348).

Num estudo das redes sociais em Portugal, Nunes (1995: 10-11) defende que o estudo das dinâmicas de afirmação e reafirmação de pertença e do grau de proximidade dos membros das redes sociais, permite notar que a prestação de apoio é hierarquizada e diferenciada para os membros dessas redes. Tal sugere que a incapacidade das redes sociais em cobrir as necessidades de alguns membros decorre das suas características e dinâmicas internas, e não exclusivamente de factores exógenos.

A sugestão de Nunes inspirou-nos a procurar perceber a incapacidade das redes sociais cobrirem as necessidades de alguns dos seus membros a partir do estudo das características e dinâmicas internas das redes sociais, propondo a seguinte questão de partida:

- Que características de interacção social explicam a incapacidade das redes sociais prestarem assistência aos seus membros vivendo com HIV/SIDA, na Cidade de Maputo?

1.2 Objectivos

O objectivo central que orientou o trabalho consistiu em procurar:

- Perceber a racionalidade que condiciona a incapacidade das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS em Moçambique, particularmente na Cidade de Maputo.

Especificamente, procuramos:

- Identificar as características de interacção social dominantes na constituição e reprodução das redes sociais a que as PVHS da Cidade de Maputo pertencem;

- Identificar as expectativas das PVHS em relação à assistência a ser prestada pelas redes sociais a que pertencem;
- Colher a avaliação que as PVHS fazem de tal assistência e, perceber a articulação entre tal avaliação e as expectativas das PVHS e;
- Perceber a articulação entre a prestação de assistência e as obrigações que regem as interacções entre os membros das redes sociais.

1.3 Hipóteses de Trabalho

Para a prossecução dos objectivos do trabalho propusemos duas hipóteses de trabalho, decorrentes da Teoria das Redes Sociais, que orientou o nosso trabalho, nomeadamente:

- Quanto mais conteúdos normativos unirem os membros das redes sociais, maior a possibilidade de prestação de assistência mútua em caso de necessidade;
- A incapacidade dos membros das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS na Cidade de Maputo deriva da falta de coincidência (assimetria) entre o tipo de assistência (material ou não material) prestada, a esperada e a recebida.

1.4 Conceitos- Chave

Operacionalizamos três conceitos principais, os primeiros dois derivados da Teoria das Redes Sociais, a saber:

- Redes sociais refere-se ao conjunto de indivíduos e/ou grupos unidos por laços de parentesco, amizade, vizinhança e associação religiosa, que partilham assistência social (material e não material) numa base de reciprocidade;

- Assistência social designa a oferta de bens e de apoio não material, independentemente da solicitação aos membros das redes sociais em caso de necessidade;
- PVHS (Pessoas Vivendo com HIV/SIDA), designa as pessoas portadoras do Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), e que admitam o seu estatuto, independentemente de estarem num estágio inicial ou avançado da infecção pelo HIV.

1.5 Justificação

Na escolha do objecto de estudo fomos motivados pela inexistência de trabalhos publicados sobre a assistência prestada pelas redes sociais às PVHS em Moçambique. A literatura sobre a assistência às PVHS em Moçambique consiste em relatórios de avaliação de cuidados domiciliários e dos serviços de tratamento médico nos Hospitais de Dia (HDD). Pensamos que um estudo sócio antropológico que documente a assistência prestada pelas redes sociais às PVHS em Moçambique permitiria perceber as potencialidades bem como as fragilidades das redes sociais na prestação de tal assistência, permitindo capitalizar nas potencialidades e auxiliar as redes sociais e as PVHS a ultrapassar as dificuldades.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

Nesta resenha, apresentamos e discutimos os resultados dos estudos sobre a assistência prestada às PVHS pelas redes sociais a que pertencem, na África Austral e, particularmente em Moçambique. Tais estudos foram realizados no âmbito de avaliações dos programas de cuidados domiciliários prestados às PVHS, daí esta resenha analisar estudos sobre os cuidados domiciliários. Optamos por rever estudos da África Austral por ser a região com mais PVHS no Mundo, onde a maioria dos estudos em causa foi conduzida (cf. Schoepf 2001: 335-336) e, Moçambique por ser o local onde iríamos (e realizamos) a pesquisa.

A preocupação de diversos cientistas sociais em estudar os cuidados domiciliários é inspirada no trabalho dos antropólogos americanos Farmer e Kleinman (1997), que em 1989 reflectiram sobre os tratamentos e cuidados para as pessoas seropositivas (cf. Schoepf 2001: 347), propondo que o estigma e a discriminação fossem mais notáveis nas sociedades que denominaram como sendo de “orientação filosófica individualista”, enquanto, nas sociedades de “orientação colectivista”, como o Haiti e África, o estigma e a discriminação das pessoas seropositivas seriam reduzidos, e a assistência prestada pela família e a comunidade mais “humanizada” (Farmer e Kleinman 1997: 364-365).

Foi possível testar esta hipótese, com base em estudos realizados nalguns países da África à Sul do Sahara como África do Sul, Etiópia, Malawi, Moçambique, Nigéria e Uganda. Estes estudos surgem no contexto da abordagem dos cuidados domiciliários³,

³ Os cuidados domiciliários prestados às PVHS consistem numa abordagem que se pretende holística, na medida em que inclui a prestação de cuidados e tratamentos médicos no domicílio, para as PVHS, e a assistência material e psicológica extensiva aos membros dos agregados familiares das PVHS. Sempre que possível, as equipas que prestam estes cuidados são chefiadas por médicos ou enfermeiros, auxiliados por voluntários. Estas equipas são empregues pelos ministérios de saúde ou por Organizações Não Governamentais (ONG's) – como é o caso de Moçambique. Para detalhes sobre a filosofia que orienta a prestação de cuidados domiciliários em Moçambique, veja-se MISAU (2002).

implementada nesta região entre finais do século XX (cf. Taylor e Kajura 1996: 49) e princípios do século XXI (cf. Chimwaza & Watkins 2004; Jackson 2004: 288- 311; Kikule 2003; Marincowitz, Jackson, Fehrsen 2004; Kloos, Wuhib, Lindtjorn 2003; Salmon 2002; Sepulveda et al. 2003; Uys 2003).

Orientados pela abordagem interpretativa, de inspiração antropológica, alguns destes estudos procuram colher a avaliação das PVHS em relação aos cuidados domiciliários que lhes são prestados (por exemplo, John & Ndebbio 2002; Jackson 2004: 279-280, 288; Salmon 2002; Sepulveda et al. 2003). A avaliação das pessoas seropositivas em relação à assistência prestada pelas redes sociais surge marginalmente, isto é, não é o enfoque central da avaliação dos cuidados domiciliários.

Em estudos conduzidos em diversos países africanos (Caldwell et al. 1993; Jackson 2004) na Nigéria (John & Ndebbio 2002), no Malawi, (Chimwaza e Watkin 2004) e em Moçambique (Kubatsirana 2002), as PVHS declararam-se insatisfeitas com a assistência prestada pelos membros das redes sociais a que recorrem. A insatisfação é explicada como resultando do abandono a que as PVHS são votadas: as mulheres são abandonadas pelos seus maridos (Jackson 2004: 289; Kubatsirana 2002); visitas pouco frequentes de parentes (Chimwaza & Watkin 2004: 802); algumas PVHS são abrigadas pelos seus familiares, mas não recebem cuidados (Caldwell et al 1993: 8-9). Estas explicações demonstram a incapacidade das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS na África à Sul do Sahara.

Esta incapacidade foi atribuída à factores externos ao funcionamento das redes sociais: alguns autores destacaram a influência do estigma associado à infecção pelo HIV (John & Ndebbio 2002: 60) e outros o empobrecimento das famílias e comunidades rurais africanas devido à introdução dos programas de ajustamento estrutural nalguns países

africanos⁴ (por exemplo, Jackson 2004: 289, 308-309; Vidal 1996 e Raynauld & Muhongayire 1995 in Schoepf 2001: 348).

A literatura sobre os cuidados domiciliários em Moçambique é recente, e consiste de legislação emitida pelo governo moçambicano (Moçambique 2001), manuais de treinamento para provedores de cuidados domiciliários (Kubatsirana 2000; Moçambique 1999, 2000, 2002, 2003), e relatórios de avaliação de projectos de cuidados domiciliários e HDD implementados por diversas ONG's (AMODEFA 2003; Kubatsirana 2002; Mozambique 2004; MSF 2003).

Os relatórios de avaliação dos cuidados domiciliários revelam que algumas PVHS em Moçambique sentem-se satisfeitas com a assistência prestada por parentes e amigos (AMODEFA 2003: 10), enquanto outras declararam-se insatisfeitas (Kubatsirana 2002: s.p.; MSF 2003: 2). A avaliação da Kubatsirana (idem) relevou que as PVHS tinham sido abandonadas pelos seus parceiros e outros parentes quando adoeceram. Os restantes estudos não discutem as razões da incapacidade das redes sociais assistirem as PVHS em Moçambique. Aliás, a avaliação era dirigida aos programas de cuidados domiciliários e de HDD oferecidos pelas ONG's às PVHS em Moçambique.

A abordagem dos cuidados domiciliários prestados às PVHS em Moçambique e aquela sobre a assistência das redes sociais noutros países africanos não discutem a incapacidade das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS com enfoque para as dinâmicas das redes sociais. Assim, a discussão centra-se em dinâmicas de proveniência exógena (os sinais de infecção por HIV, que provocam a estigmatização das PVHS, e os programas de ajustamento estrutural que provocam ou agravam a pobreza das comunidades africanas), remetendo à ideia de que na ausência de tais dinâmicas as redes sociais em África estariam em condições de cobrir as necessidades dos seus membros infectados pelo HIV.

⁴ Autores como Coburn (2000: 138- 141), Brevaman e Tarimo (2002) Navarro e Shi (2001: 481, 484-486, 489-490), explicaram a redução da assistência social pelas redes sociais na Europa, recorrendo ao mesmo argumento.

Entre as décadas de 1950 e 1960, um conjunto de antropólogos sociais associados ao *Rhodes Livingstone Institute*, e à Escola de Manchester, liderada pelo antropólogo Max Gluckman, conduziu estudos na África Austral, usando a abordagem teórica das redes sociais. Essa abordagem permite estudar as dinâmicas de funcionamento internas às redes sociais, e, conforme demonstraremos (na orientação teórica), mostra-se útil para estudar a incapacidade das redes sociais cobrirem as necessidades de alguns dos seus membros, concentrando-nos nas dinâmicas internas das redes sociais. Por isso adoptamos esta abordagem para o trabalho.

CAPÍTULO III

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. A Teoria das Redes Sociais

Adoptamos a teoria das redes sociais, cujos pioneiros foram antropólogos associados à Escola de Manchester e que desenvolveram estudos nas cidades do Copperbelt (na actual Zâmbia), na década de 1960. Estes antropólogos criticaram a abordagem estrutural funcionalista então vigente na antropologia, e propuseram a interpretação da acção social intencional e estratégica, nomeadamente a mobilização de assistência recorrendo à laços derivados de situações estruturadas bem como não estruturadas. Nessa base, Mitchell (1969: 9-10) distingue três ordens com base nas quais a acção social pode ser interpretada: a ordem estrutural, a categorial e a pessoal.

Na ordem estrutural a acção social é interpretada em termos da acção dos actores sociais em posições sociais (estruturadas) que eles ocupam em instituições como fábricas, minas, família e associações voluntárias. Enquanto a ordem categorial diz respeito à interpretação da acção social em situações não-estruturadas, com base em estereótipos sociais como classe, raça e etnicidade. Finalmente, a ordem pessoal congrega a acção social (estratégica) dos actores em situações estruturadas como em não-estruturadas, interpretada em termos de laços pessoais que os indivíduos estabelecem com grupos e estes com outros (Mitchell 1969: 9-10). Portanto, à ordem pessoal correspondem relações sociais baseadas na mobilização estratégica de laços estruturais ou categorias, que encaramos como constitutivas de redes sociais, ou “redes sociais primárias”, que Nunes (1995: 9-11) entende como:

configurações de relações que correspondem ao nível primário de apropriação social do mundo e de constituição da identidade, que incluem redes de parentesco, co-residência, comensalidade e vizinhança, accionáveis em situações de necessidade para apoiar material ou moralmente aqueles que são reconhecidos como membros dessas redes.

Duas dimensões são estudadas nas redes sociais: a morfológica e a das interações. Para Mitchell (1969: 20-29) a dimensão das interações está relacionada com as dinâmicas das relações que os membros das redes sociais primárias estabelecem entre si mais do que com a morfologia. Esta dimensão é caracterizada por: “conteúdos normativos, direcção, durabilidade, frequência, e intensidade” (Mitchell *idem*). Autores da teoria das redes propõem que a mobilização de apoios é feita num contexto de laços que unem as pessoas. Tais laços são regidos por conteúdos normativos, ou seja, obrigações morais diversas, como o parentesco, a amizade, a vizinhança e a associação religiosa ou outras, segundo uma lógica de reciprocidade, que Marcel Mauss designou de “dom” (Mauss 1988).

Entretanto, a reciprocidade de assistência não é simétrica: a assistência material (dinheiro, alimentos, e outros) nem sempre pode ou é retribuída pelo mesmo tipo de apoio, o mesmo sucedendo relativamente ao apoio moral (que pode assumir as formas de visita, orações e conversas). A partilha de conteúdos normativos cria o contexto para a mobilização e a prestação de assistência, sem determinar a sua frequência, duração e intensidade (quantas vezes a assistência é prestada). Por isso, a assistência requerida pode ou não ser recebida. Mitchell (1969: 28) pensa que quanto mais conteúdos normativos unirem os membros das redes sociais, maiores as probabilidades de prestação de assistência quando requerida ou mobilizada. O parentesco sendo, excepcionalmente, o conteúdo normativo que veicula maior intensidade de assistência.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

Dividimos a condução do projecto de pesquisa em dois momentos. O primeiro, de Fevereiro a Junho de 2005, consistiu na pesquisa, recolha e leitura de material bibliográfico nalgumas bibliotecas e centros de documentação da Cidade de Maputo e, culminou com a redacção da proposta da pesquisa. No segundo momento, realizamos a recolha de dados empíricos (trabalho de campo) na Cidade de Maputo e arredores, durante cerca de oito (8) semanas, entre Julho e Setembro de 2005.

Realizamos a pesquisa documental nas bibliotecas localizadas no Campus Principal da Universidade Eduardo Mondlane (UEM, nomeadamente, a biblioteca do Centro de Estudos Africanos (CEA), da extinta Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais (UFICS) e, do Departamento de Arqueologia e Antropologia (DAA). Fora do campus da UEM consultamos literatura disponível nos centros de documentação de duas instituições governamentais moçambicanas: o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), e o Ministério da Saúde (MISAU), e nos escritórios do Organismo das Nações Unidas contra o SIDA (ONUSIDA). Durante o trabalho de campo, consultamos alguma documentação nos escritórios de uma associação que presta assistência à PVHS, a Associação Kindlimuka.

Na condução do trabalho de campo optamos por uma estratégia de pesquisa etnográfica⁵, que consistiu no uso da observação participante, realização de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave e outros entrevistados, acompanhadas de conversas informais e observação directa. A escolha desta estratégia foi motivada pela necessidade de recolha de informação a respeito dos discursos e práticas sociais dos participantes da pesquisa, a volta da mobilização e prestação de assistência social às PVHS pelas redes sociais. Tal informação inclui detalhes delicados a respeito da vida dos informantes e outros participantes da pesquisa, pelo que, para que os informantes prestem depoimentos

⁵ Para uma definição da pesquisa etnográfica como o estabelecimento de relações pessoais de proximidade entre o investigador e os informantes privilegiados, com auxílio de diversos métodos de recolha de dados, particularmente a observação participantes, veja-se Pina-Cabral (2000: 343).

a respeito e ajam de forma natural, no seu contexto social, precisam ter desenvolvidas relações baseadas na confiança entre o pesquisador e os participantes da pesquisa (vulgo *rapport*). Esta relação constrói-se gradualmente, requerendo, tempo, tacto e contactos pessoais muito próximos.

A nossa aproximação aos agregados de PVHS foi feita mediante a integração na equipa de cuidados domiciliários da Associação Kindlimuka, na medida em que esta equipa mantinha contactos com as PVHS e tal nos permitiria seleccionar a amostra de agregados familiares com os quais realizaríamos o nosso trabalho. efectivamente, integramo-nos na equipa de cuidados domiciliários, na qual realizamos a observação participante, estabelecemos conversas informais e conduzimos algumas entrevistas semi-estruturadas a partir de 20 de Julho de 2005 (ver figura 1).



Figura 1: O investigador e membros da equipa dos cuidados domiciliários

O investigador construiu uma relação de trabalho positiva com os membros do grupo de cuidados domiciliários: Zito, Berta, Aida e Joana. Berta tornou-se uma informante-chave⁶, pelo seu conhecimento da vida das PVHS e membros dos seus agregados familiares e redes sociais, fluência nas línguas portuguesa e Xironga, disponibilidade para trabalhar, inclusive fora das horas normais de expediente, e para instruir o investigador sobre o comportamento a assumir em relação às PVHS. Por estas características de boa informante, o investigador passou bastante tempo conversando e entrevistando-a a respeito de diversos assuntos relacionados com o funcionamento do projecto de cuidados domiciliários e sobre as PVHS com as quais pretendia conduzir a pesquisa.

Na terceira semana, segunda-feira, 1 de Agosto, realizamos as primeiras entrevistas com as PVHS que havíamos seleccionado. Na selecção, obedecemos ao 'consentimento informado' das PVHS e sua disponibilidade para participarem no projecto. Estes critérios enquadraram-se no respeito pelas directivas éticas que orientam a pesquisa antropológica (cf. AAA 1997). Conforme conselho da equipa dos cuidados domiciliários, oferecemos uma cesta base (leite, arroz, açúcar, farinha de milho e óleo) a cada agregado seleccionado, como forma de iniciar a construção de *rapport*.

Antes do início de cada entrevista explicamos aos entrevistados o projecto de pesquisa, e em que consistiria a entrevista semi-estruturada, como forma de familiarizar os entrevistados com a técnica e obter o seu 'consentimento informado'. Após a obtenção do consentimento, requeremos a gravação das entrevistas, o que foi recusado, na medida em que as PVHS expressaram desconforto, permitindo, porém, que tomássemos notas dos seus depoimentos. A entrevista obedeceu à estratégia que Spradley (1979: 58-59) designou de "entrevista etnográfica", consistindo num contínuo entre os elementos informais de uma conversa e certa formalização da entrevista. Esta última, compõe-se por

⁶ Para caracterizações detalhadas de bons informantes veja-se Bernard (1998: 165-166) e Spradley (1979: 47-54). O uso de informantes chave é uma alternativa para a representatividade em termos numéricos. Em trabalhos etnográficos, de orientação qualitativa, interessa mais colher informação em profundidade que representatividade estatística. Daí a nossa opção por informantes chave.

um conjunto de questões e tópicos orientadores que formam um guião e cuja ordem de apresentação depende da conveniência oferecida pelas circunstâncias da entrevista⁷.

Mantivemos diversas conversas informais com os membros do projecto de cuidados domiciliários da associação Kindlimuka, as PVHS, membros do seu agregado doméstico e de suas redes sociais, algumas das quais registamos *verbatim*. Realizamos um total de dez (10) entrevistas semi-estruturadas: seis (6) com PVHS e membros de seus agregados familiares e redes sociais, uma (1) com o coordenador do projecto de cuidados domiciliários e três (3) com a informante-chave⁸.

Gravamos, em fita magnética, a entrevista com o coordenador do programa dos cuidados domiciliários. Devido ao desconforto dos restantes entrevistados com a gravação, registamos por escrito seus depoimentos, *verbatim*, num diário de campo. As entrevistas e conversas decorreram nas línguas portuguesa, Xichangana e Xironga, conforme a fluência dos entrevistados e, os depoimentos foram escritos na língua em que as conversas e entrevistas decorreram, sendo posteriormente transcritos e traduzidos para a língua portuguesa, com vista a facilitar a análise (codificação) e interpretação.

A codificação e interpretação foi feita com base na análise de conteúdo, seguindo a estratégia proposta por Okely (1994). Esta autora defende a análise e interpretação de dados recolhidos com base na observação participante como um processo contínuo e que faz apelo à “totalidade da experiência”, ou seja, ao acervo teórico relevante e a experiência adquirida pelo investigador durante o trabalho de campo.

Para além da realização de entrevistas semi-estruturadas, prestamos diversas visitas e tivemos conversas informais com os participantes da pesquisa, como forma de aproximarmo-nos melhor dos agregados familiares das PVHS. Durante estes contactos partilhamos muitas das dificuldades materiais e não materiais destes agregados familiares, e recolhemos informação que seria de outro modo difícil de obter.

⁷ Apresentamos os guiões das entrevistas nos anexos.

Esta aproximação e o respeito pelas orientações éticas mencionadas acima criaram algumas dificuldades. Conforme já adiantamos, por respeito ao desejo de alguns informantes desejarem que os seus depoimentos não fossem gravados em fita magnética tivemos de anotá-los no diário de campo, interrompendo o fluxo normal do discurso oral e, provavelmente, não podendo registar alguns detalhes das entrevistas, restando a possibilidade de registar os extractos mais importantes posteriormente. Diversas vezes o investigador fez longas caminhadas à pé ou na carrinha de caixa aberta, com os riscos para a sua saúde.

O maior constrangimento foi o *stress* emocional derivado do contacto com as PVHS e os membros do programa de cuidados e visitas domiciliários. Com efeito, ambos são grupos de pessoas com muitas carências materiais e, particularmente as PVHS e membros dos seus agregados familiares enfrentam dificuldades básicas de sobrevivência. Na figura do pesquisador encaravam alguma esperança de resolução dos seus problemas. Não estando o investigador capaz de satisfazer as suas aspirações, diversas vezes ele fomos dominados (e continuamos) por um sentimento de impotência⁹.

Cerca de duas semanas antes da retirada do trabalho de campo comunicamos a decisão aos participantes da pesquisa (por escrito à associação Kindlimuka, e oralmente às PVHS). Entretanto, o contacto entre o investigador e os restantes participantes na pesquisa mantém-se, porém, com intensidade reduzida relativamente ao período da realização do trabalho de campo.

⁸ Apresentamos um perfil mais detalhado dos entrevistados no capítulo dedicado à exposição dos resultados da pesquisa.

⁹ Este sentimento é partilhado pelos voluntários que trabalham no programa de cuidados domiciliários da Associação Kindlimuka. E, agravado pelo contacto permanente que estabelecem com as PVHS. Apresentamos em maior pormenor as dificuldades relacionadas com a prestação dos cuidados domiciliários, no capítulo dedicado à exposição dos resultados do trabalho.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Local da Pesquisa

A Cidade de Maputo é a capital da República de Moçambique, desde 1975, quando o país tornou-se independente em relação à Portugal. Durante a vigência do colonialismo português a urbe chamava-se Lourenço Marques e, foi elevada a categoria de cidade em 10 de Novembro de 1887. A partir de 1898 torna-se a sede do regime colonial português em Moçambique, e actualmente continua preservando algumas características que tinha durante o período colonial: é o centro económico, cultural, político, administrativo, científico do país e, acomoda as mais importantes organizações governamentais e não governamentais nacionais e internacionais, possui um porto muito importante para o país e os países do hinterland da África Austral, e um aeroporto (Aeroporto Internacional de Mavalane) que é a maior saída internacional do país (INE 2004).

A Cidade de Maputo localiza-se à sul do país, e possui uma área de 316 Km² de terra firme, limitada a Norte pelo distrito de Marracuene, a Sul pelo distrito de Matutuine e a Oeste pela Cidade da Matola e o distrito de Boane, todos da província de Maputo e, a Este pelo Canal de Moçambique (Oceano Índico). A cidade possui uma população de 1 62 486 habitantes, distribuídos por cinco distritos urbanos na zona continental e cinquenta bairros na zona continental e nas localidades da Catembe e da Ilha de Inhaca.

Na tabela 1 a seguir, apresentamos as localidades e os distritos urbanos e os bairros da Cidade de Maputo que se encontram na zona continental bem como na insular (Catembe e Ilha de Inhaca). A ilustração seguinte (figura 5.1) contém os bairros da zona continental da cidade, com a indicação da localização dos escritórios da Associação Kindlimuka e dos bairros em que se encontravam as residências das PVHS durante o período de realização do trabalho de campo.

Tabela 1: Lista dos Bairros da Cidade de Maputo

Localidade/Distrito Urbano	Bairros
Zona Continental	
Distrito Urbano 1	Alto Maé A e B; Central A, B e C, Malhangalene A e B, Polana Cimento A e B, e Sommerschild A e B
Distrito Urbano 2	Aeroporto A e B; Chamanculo A, B, C e D; Malanga, Minkadjuine, Unidade 7, e Xipamanine
Distrito Urbano 3	Mafalala; Maxaquene A, B, C e D; Polana Caniço A e B, e urbanização
Distrito Urbano 4	Albazine; Costa do Sol; Ferroviário; FPLM; Hulene A e B; Mahotas; Mavalane A e B; 3 de Fevereiro; e Laulane
Distrito Urbano 5	Bagamoio; George Dimitrov; Inhagoia A e B; Jardim; Luís Cabral; Magoanine; Mahlazine; Nsalene; 25 de Junho A e B; e Zimpeto
Zona Insular	
Catembe	Chali; Chamissava; Guachene; Incassane; e Inguide
Ilha de Inhaca	Inguane; Nhanquene; e Ridzene

Fonte: INE (2004)

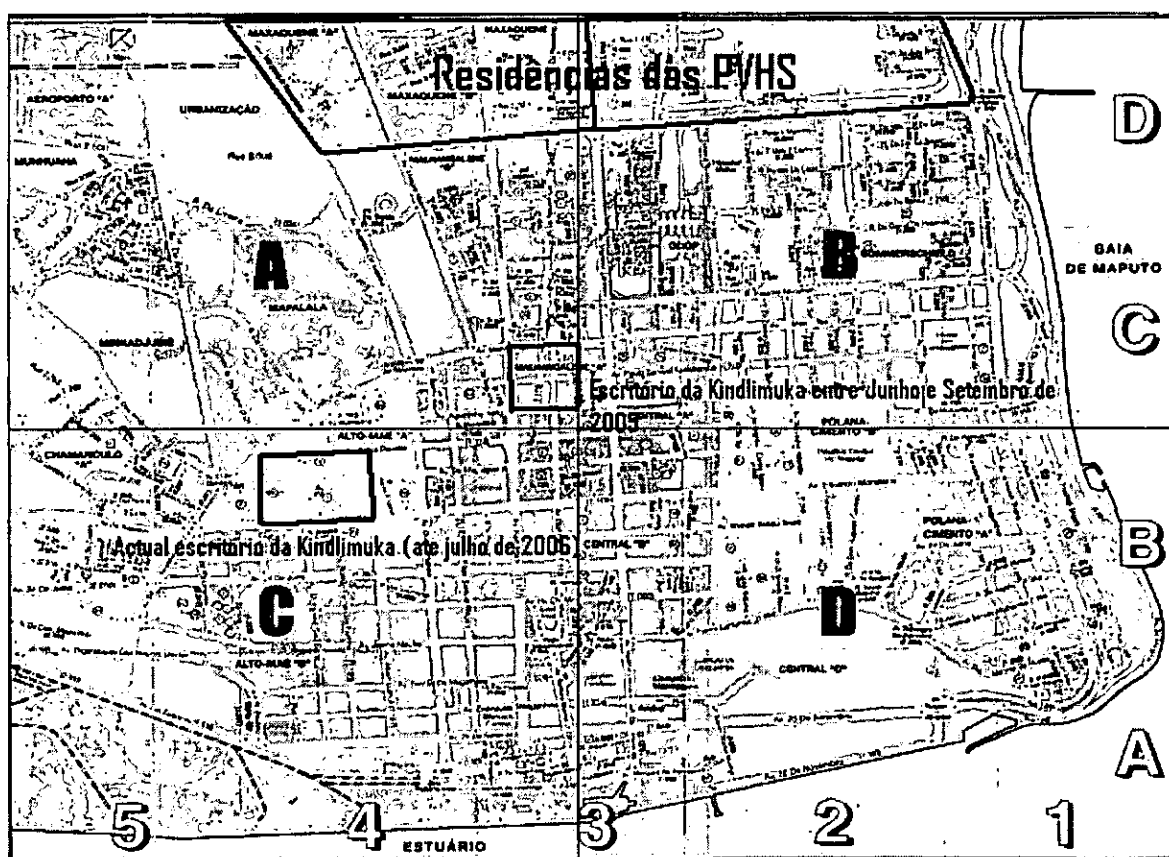


Figura 2: Mapa da Cidade de Maputo (zona continental)

Adaptado de Wikipédia

A população da Cidade de Maputo professa diversas confissões religiosas: a maior parte é da igreja sião/zione (380 818 crentes), seguida pelos católicos (200 694 crentes), protestantes/evangélicos (90 143), os muçulmanos, os hindus, e os “animistas”. A respeito de outra parte da população não se sabe que religião professa, e outra parte, ainda, não professa qualquer religião. Na figura 5.2 apresentamos a proporção entre as três religiões maioritárias na Cidade de Maputo. Esta população usa diversas línguas: Português, Xichangana, Xironga, Cicopi/Cichopi, Xitswa, Bitonga/Gitonga, e outras línguas moçambicanas e estrangeiras não identificadas (INE 2004).

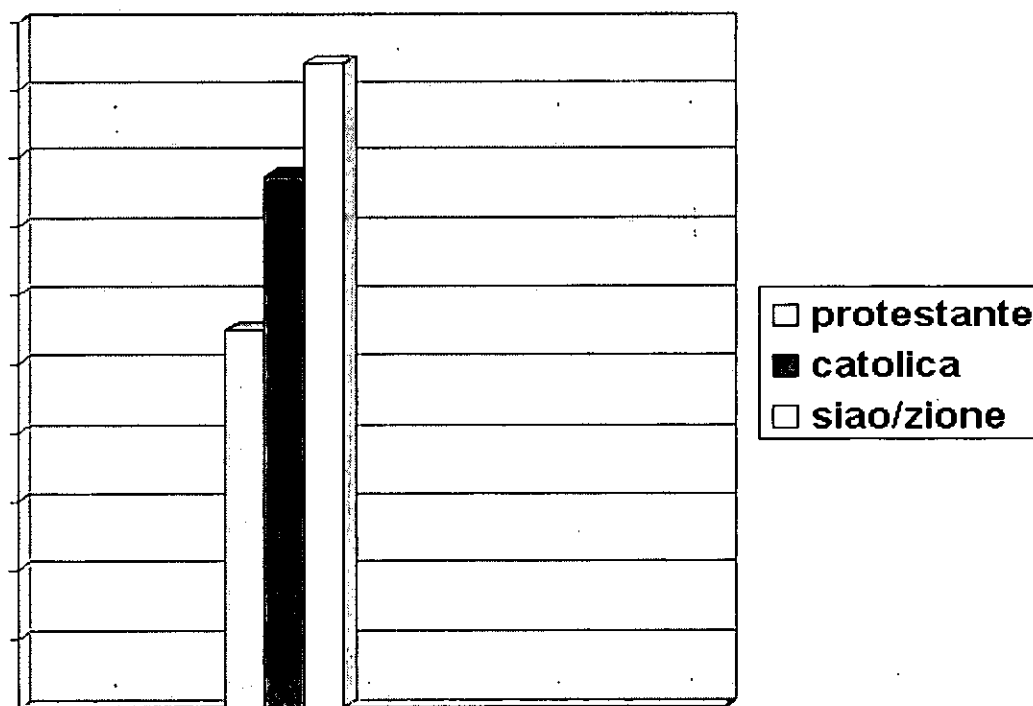


Gráfico 1: Religiões predominantes na Cidade de Maputo

Adaptado de INE (2004)

O trabalho de campo foi realizado nos Distritos Urbanos 1 e 2. No Distrito Urbano no. 1 encontram-se os escritórios da associação Kindlimuka: quando iniciamos o nosso trabalho de campo (Julho de 2005) localizavam-se no bairro da Malhangalene e mais tarde (Setembro do mesmo ano) no bairro do Alto Maé (nas figuras 3 e 4 apresentamos a vista frontal e de perfil do actual escritório da Kindlimuka). As PVHS, membros dos seus

agregados familiares e membros das suas redes sociais primárias residiam e foram entrevistados nos bairros da Maxaquene e da Polana Caniço, no Distrito Urbano 3.



Figura 3: Vista frontal da sede da Kindlimuka

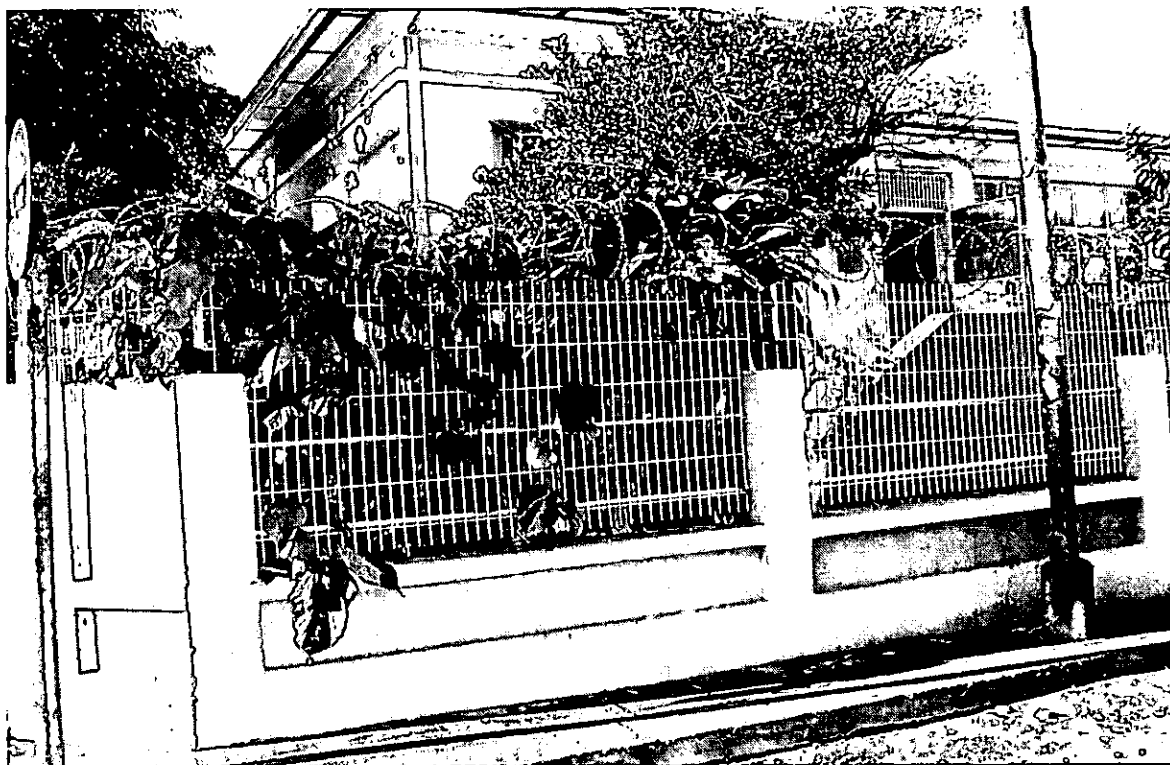


Figura 4: Vista de Perfil da Sede da Kindlimuka

5.2 Perfil dos Entrevistados

Apresentamos um breve perfil agregados de alguns participantes da pesquisa com os quais realizamos entrevistas semi-estruturadas (PVHS e voluntários associados ao projecto de cuidados domiciliários prestados pela Associação Kindlimuka). A este perfil associamos uma descrição do percurso biográfico desses participantes como forma de explicitar as especificidades e as semelhanças entre os diferentes casos.

Dos dez (10) entrevistados a maioria era constituída por pessoas do sexo feminino (7), contra uma minoria masculina (3), todos com limites etários entre os 40 e os 69 anos, e a maioria não possui quaisquer habilitações literárias, sendo que apenas dois entrevistados concluíram o Ensino Primário do Primeiro Grau (EP1), e um o Ensino Secundário Geral (a 9ª. classe do Antigo Sistema de Ensino – ASE). Todos os entrevistados eram os principais provedores de sustento dos seus agregados familiares (*breadwinners*), durante

o período em que decorreu à pesquisa. Desses participantes, as PVHS encontram-se desempregadas em virtude do agravamento do seu estado de saúde, devido à infecção pelo HIV/SIDA, que causou a morte de uma entrevistada. Os perfis individuais são mais elucidativos¹⁰.

A Arminda tinha 40 anos quando faleceu (em finais de 2005), vítima de uma enfermidade associada ao SIDA. Era viúva e mãe de quatro filhos (dois rapazes e duas raparigas). Dois rapazes e uma rapariga residiam com ela, em sua casa, no bairro da Maxaquene. Uma de suas filhas vive maritalmente, em sua própria casa. Para além de seus filhos, Arminda residia com a filha de uma irmã. A mãe da Arminda, apesar de residir habitualmente, distante da casa da Arminda, passava a maior parte do mês em casa da filha, com vista a prestar cuidados à Arminda e auxiliar nos afazeres domésticos. Antes do agravamento da sua saúde a Arminda dedicava-se ao comércio informal, com base no qual sustentava o seu agregado doméstico.

O George é portador de HIV, tem 40 anos de idade e reside com a sua esposa (igualmente seropositiva), no bairro da Polana Caniço. O casal tem três filhos (um rapaz e duas raparigas). Apenas o rapaz e uma rapariga residem com os pais, e ambos frequentam a escola primária, enquanto a filha mais velha é casada e reside com seu marido. O George concluiu a quarta classe do Sistema Colonial de Ensino, e ingressou no Serviço Militar Obrigatório (SMO) em 1978, tendo sido desmobilizado em 1990. Desde então, trabalhou como segurança para uma empresa privada, tendo sido despedido em virtude do agravamento do seu estado de saúde. A Gita tem 40 anos de idade e não possui qualquer escolarização, nem emprego.

O Paulo tem 69 anos, é casado e reside em sua casa no bairro da Maxaquene com a esposa, três filhos adultos, duas noras e dois netos. Tem um filho preso, do qual a família tem de cuidar, e uma filha casada que reside em sua própria casa. O entrevistado não tem qualquer escolarização. Teve vários empregos, nas minas da África do Sul, na Swazilândia e foi motorista da Embaixada dos Estados Unidos da América em Maputo.

¹⁰ Ver lista de entrevistados nos anexos.

Foi sucessivamente despedido de tais empregos, no último sem qualquer indemnização. Porém, o seu despedimento, conforme seu depoimento, não está relacionado com o conhecimento do seu estatuto de seropositivo.

O Zito tem 40 anos de idade e vive num bairro da província de Maputo. É casado e pai de quatro filhos (dois do sexo feminino e dois do sexo masculino) com os quais reside. Trabalha na associação Kindlimuka, e concluiu a 9ª. classe do Antigo Sistema de Ensino. Cumpriu o SMO, e após a desmobilização empregou-se em diversas actividades antes do seu ingresso na Kindlimuka.

A Aida tem 53 anos de idade, é viúva e mãe de quatro filhos (três do sexo masculino e uma rapariga) com os quais reside em sua casa no bairro da Maxaquene. Nenhum dos membros do agregado doméstico encontra-se empregue, à excepção da mãe que presta trabalho voluntário para a Associação Kindlimuka. A Aida não tem qualquer tipo de escolarização.

A Berta tem 50 anos de idade, é viúva e reside no bairro da Maxaquene, com um filho e dois sobrinhos. Tem mais uma filha casada e que reside com o seu marido. Concluiu a 6ª. classe do Antigo Sistema de Ensino, e esteve empregue como escriturária no Ministério do Interior de Moçambique. Por motivos familiares foi obrigada a rescindir o contrato, e permaneceu desempregada durante algum tempo. Actualmente presta trabalho voluntário na Associação Kindlimuka.

A Joana tem 50 anos de idade, é viúva e reside no bairro George Dimitrov com os seus dois filhos. Não tem qualquer tipo de escolarização, e trabalhou como comerciante informal durante bastante tempo. Actualmente presta cuidados domiciliários como voluntária na Associação Kindlimuka.

5.3 O Papel da Infecção por HIV no Agravamento das Necessidades das PVHS e Membros dos seus Agregados familiares

As PVHS que participaram na pesquisa eram as principais provedoras de sustento dos seus agregados familiares, graças ao seu envolvimento em actividades de geração de rendimento. Entretanto, o agravamento do seu estado de saúde obrigou-as a abandonarem as actividades laborais que exerciam, reduzindo os rendimentos dos seus agregados familiares, como ilustra a história de uma PVHS.

A Arminda era viúva (quando faleceu em 2005) e residia com três filhos (dois rapazes e uma rapariga), nenhum dos quais encontra-se empregue, e uma sobrinha menor. Os três filhos estão em idade escolar. Mas apenas dois são estudantes, a rapariga e o rapaz mais novo, enquanto o mais velho, de 22 anos de idade dedica-se a actividades que a mãe desconhece. A sobrinha é bastante nova e ainda não está em idade escolar. É filha de uma irmã mais nova da Arminda, que reside com o marido do casamento em segundas núpcias, e que por não ser pai da menina, não aceita acolhê-la em sua casa.

Quando o marido da Arminda faleceu em 1988, vítima de doença, a esposa passou a dedicar-se à confecção e venda de alimentos num dos mercados informais da Cidade de Maputo e ao fabrico de peças de vestuário e de decoração doméstica (*crochet*), com vista a garantir o sustento do agregado familiar, que na altura era composto por ela e quatro filhos (a filha mais velha, actualmente está casada e reside em sua casa com o seu marido e filhos). A Arminda conta que com os rendimentos resultantes da actividade a que se dedicava conseguia manter o agregado familiar. Entretanto, contraiu a tuberculose (uma infecção oportunista) e teve de abandonar a actividade de venda de alimentos, passando a dedicar-se à venda à retalho de alguns produtos próximo da sua casa, sem que consiga, contudo garantir o sustento do seu agregado doméstico. Conforme declara a própria Arminda:

(...) Quando o pai [esposo] faleceu, em 88... então eu vendia, e fazia crochet. Então, eu tinha algum poder. Consegui até matricular o [meu filho] mais novo na

escola, conseguia comprar sabão, arroz (mas, não esse arroz de 500 contos). Mas, agora que fui derrubada pela doença já não tenho poderes¹¹.

A história da Arminda é similar a de outras PVHS que participaram na pesquisa, para as quais o desemprego significou o aumento das suas necessidades e de membros dos seus agregados familiares, que estas tornaram-se incapazes de satisfazer. Por outro lado, a infecção pelo HIV cria outras necessidades, que os agregados das PVHS, igualmente, dificilmente conseguem cobrir. Por exemplo as PVHS devem deslocar-se regularmente ao HDD onde recebem tratamentos, permanecendo entre quatro a seis horas, devendo fazer-se acompanhar por um “confidente¹²”, e alimentação. O estado de saúde das PVHS exige uma dieta alimentar especial e diversas refeições para acompanhar a medicação prescrita pelo pessoal médico. O deslocamento ao HDD e dieta alimentar exigem recursos financeiros superior às capacidades das PVHS e membros dos seus agregados familiares, conforme desabafou a esposa de uma PVHS:

(...) repare, a situação mudou. Antes, devíamos obrigá-lo a comer, mas actualmente tem um apetite insaciável. E se permanece muito tempo sem alimentar-se tem tonturas. E várias vezes tive vontade de ralhar com ele, porque ele tem um grande apetite, mas não temos comida. E pergunto-lhe onde ele acha que havemos de arranjar comida, porque ele sabe de antemão que não a temos. Mas, a causa deste problema é o desemprego do chefe de família¹³.

O depoimento acima mostra um dos paradoxos do tratamento de PVHS, constituído dentre outros, por medicação (antibióticos), particularmente o Contrimoxazol, que exige uma alimentação regular e rica em proteínas. Ora, diversas PVHS, na altura em que recorrem ao tratamento já não possuem fontes de rendimento capazes de garantir a satisfação de uma necessidade tão básica quanto a alimentação, e porque não beneficiam de assistência alimentar adequada de quaisquer pessoas ou instituições são expostas ao

¹¹ Entrevista com Arminda, 26 de Agosto de 2005.

¹² Confidente é uma designação usada nos círculos dos cuidados domiciliários para as PVHS, para indicar o papel desempenhado pela pessoa que presta companhia a PVHS para as consultas no HDD, e presta apoio moral em termos de escutar os problemas e preocupações, e ajudar a gerir as crises emocionais pelas quais as PVHS passam.

agravamento das suas enfermidades. A necessidade de alimentação baseada numa dieta exigente e a incapacidade do agregado familiar cobrir tal necessidade expõem os principais provedores de cuidados (neste caso a esposa do Paulo) à uma pressão emocional difícil de suportar, conforme transpareceu no depoimento acima.

A alimentação é apenas uma de outras necessidades básicas que os agregados das PVHS que entrevistamos não conseguem cobrir. Em certos casos, tais agregados carecem de “quase tudo”: falta vestuário, roupa de cama, dinheiro, entre outros, torna-os dependentes relativamente ao apoio de indivíduos e grupos sociais com os quais estabelecem relações sociais de diversa ordem. Conforme declarou a nossa informante-chave:

Posso dizer que aquela casa não tem ninguém, porque a dona da casa está doente, os filhos não trabalham, vivem à rasca. Esperam de apoio. Nem a instituição tem algum apoio. Por isso solicitamos algum apoio. Ali não é somente parte de alimentos. Muita coisa: este tempo de frio não têm cobertores, não têm cama, dorme na esteira... ali é um sítio onde tudo se compra: carvão compra-se; água compra-se (...)¹⁴

5.4 Os Cuidados Domiciliários Prestados pela Kindlimuka às PVHS na Cidade de Maputo

Uma das fontes de assistência social às PVHS e membros dos seus agregados, em Moçambique, são as associações de apoio às PVHS difundidas pelo país, nomeadamente Kindlimuka, Tinhena, A Hi Hlulene Nala, Hi Hlulile e Nicoane (Maputo); Kuvumbana e Tchavelelo (Gaza); Utomi e Lioningo (Inhambane); Khulupira e Rudo uni penhe (Sofala); Rudo Kubatana, Pembenuca e Atariro (Manica); Chigwirizano (Tete); Kewa e Esperança (Zambézia); Nivenyee, Nivenyee Nacala Porto, None e Niwanane

¹³ Entrevista com esposa do Paulo, 23 de Agosto de 2005.

¹⁴ Entrevista com Berta, 22 de Agosto de 2005.

(Nampula); Kaeria (Cabo Delgado); Kwimuka e Olaka (Niassa)¹⁵. O pacote de apoio prestado por algumas destas associações inclui os cuidados domiciliários, que fazem parte de uma abordagem da assistência prestada às PVHS em Moçambique, obedecendo à regras estabelecidas pelo governo moçambicano, através do MISAU.

Os cuidados domiciliários são uma estratégia de assistência às PVHS no seu domicílio, incluindo os membros dos seus agregados familiares, com vista a transferir os conhecimentos para os membros do agregado que prestarão assistência contínua à PVHS. Os cuidados domiciliários são prestados por voluntários, e sempre que possível com assistência de pessoal médico especializado, particularmente enfermeiros. A formação dos voluntários inclui uma variedade de conhecimentos relacionados com a prestação de cuidados básicos de saúde, vida positiva, e assistência psicológica às PVHS e membros dos seus agregados domésticos.

Os cuidados básicos de saúde incorporam os cuidados de higiene, identificação e alívio de sinais e sintomas de doenças ou infeções oportunistas, medicação, e nutrição. Caso os sintomas não possam ser aliviados no domicílio, o doente é referido para o HDD mais próximo, no qual receberá assistência clínica por parte de pessoal médico especializado. Muitas PVHS têm dificuldades em medicar-se conforme prescrição médica, beneficiando então da assistência dos voluntários.

As PVHS devem seguir uma dieta especial constituída por elementos variados, sob conselho dos voluntários. Os voluntários oferecem, igualmente, apoio psicológico em termos de aconselhamento a respeito de diversos assuntos relacionados com as consequências da infecção pelo HIV/SIDA, como a discriminação e o estigma, o futuro das crianças filhas de PVHS, e a preparação para a morte quando o estado de saúde do doente encontra-se num estágio irreversível¹⁶ (MISAU 2002).

¹⁵ Esta lista de associações corresponde aos membros da RENSIDA.

¹⁶ Durante o nosso trabalho de campo não presenciamos qualquer preparação para a morte, apesar de uma das entrevistadas (PVHS) ter posteriormente perecido vítima de uma enfermidade associada ao HIV/SIDA.

A Associação Kindlimuka é uma das associações que presta cuidados domiciliários às PVHS, na Cidade e Província de Maputo. Descreveremos a prestação de cuidados domiciliários que observamos durante a realização do trabalho de campo, iniciando, porém, por uma breve apresentação da Kindlimuka.

A Kindlimuka, criada em 1996 e oficializada em 1998, é a mais antiga organização associativa de PVHS em Moçambique. Actualmente, esta associação congrega 480 membros, entre PVHS e simpatizantes não portadores de HIV. A missão desta associação consiste em acolher e prestar cuidados às PVHS e seus dependentes, contando com o apoio material e financeiro de diversas instituições nacionais e internacionais, como a Southern African Aids Trust (SAT), que sustenta um projecto de "aconselhamento e integração das PVHS". Este projecto inclui a componente do Aconselhamento e Testagem Voluntária anterior e posteriormente à realização do teste de HIV, e os cuidados domiciliários.

O gabinete de aconselhamento e testagem voluntária funciona no HDD do Hospital Central de Maputo (HCM) - a maior unidade sanitária de Moçambique-, localizado na Cidade de Maputo, onde um funcionário da associação Kindlimuka presta serviços ao público e às PVHS. A associação presta cuidados domiciliários na Cidade de Maputo, no município da Matola e em Boane, na Província de Maputo. A nossa informante-chave, voluntária empregue no projecto de cuidados domiciliários, esclarece em que consistem estes cuidados:

Conseguimos cobrir essas 40 famílias por mês, quando temos transporte. Se houver carro e não [houver] combustível então não conseguimos cobrir. Normalmente levamos três casas por dia. Hoje levamos cinco. Nos dias em que houver distribuição de alimentos aproveitamos [para fazer a] distribuição e visitas. Mas normalmente são as 3 casas por dia.

As pessoas que fazem as visitas e os cuidados domiciliários são as mesmas. Mas há diferença entre os cuidados e as visitas domiciliárias. A diferença é que na

visita domiciliária consigo dar... por exemplo, chego ao paciente, sentir e saber como ele está, se está melhor ou a piorar. Os cuidados domiciliários é ver o doente, as condições [em que se encontra], se tem medicamentos, [procurar conhecer] as preocupações dele, se tem falta de comida... a visita posso fazer em minutos ou segundos, enquanto a [cuidados domiciliários] CD leva horas.

Por isso levamos três [agregados por dia]. Misturamos CD e [visitas domiciliárias] VD. Temos feito isso três vezes por semana, segunda, quarta e quinta, por problemas de transporte, por termos de dispensar para outros trabalhos. Se for terça e quarta vamos, mas para sítios onde conseguimos trabalhar. Para pessoas da minha zona não espero de dia do trabalho. No fim de semana, basta ter tempo, faço o trabalho¹⁷.

Para além dos cuidados domiciliários, o pacote de assistência preconizado pela Kindlimuka inclui o transporte para o HDD e de regresso, às PVHS e seus acompanhantes - designados 'confidentes'. Caso alguma PVHS não tenha um confidente que acompanhe-a, uma das voluntárias do projecto dos cuidados domiciliários deve permanecer com a PVHS durante a consulta e/ou tratamento no HDD. Esta associação procura oferecer, igualmente, cursos de formação profissional aos dependentes das PVHS beneficiárias do projecto de cuidados domiciliários, incluindo órfãos, com vista a capacitá-los para o desenvolvimento de actividades de rendimento capazes de suplementar o rendimento dos seus agregados familiares.

Durante o período em que realizamos o trabalho de campo, observamos a prestação de cuidados domiciliários pela Kindlimuka. Estes cuidados seguiam uma ordem padronizada. A primeira fase consistia na identificação da residência e da PVHS e das suas condições de vida, incluindo o estado de saúde, a existência de provedores de cuidados, e a ficha médica. Caso a PVHS não frequentasse um HDD, então era referida ao mais próximo, para o qual dirigia-se sozinha caso estivesse em condições físicas para fazê-lo, ou acompanhada por um confidente se o tivesse ou por um membro do grupo de

¹⁷ Entrevista com Berta, 22 de Agosto de 2005.

cuidados domiciliários se não tivesse confidente. A identificação era realizada por uma equipa dos cuidados domiciliários composta pelo coordenador do projecto e seus membros (voluntários), às segundas, quartas e quintas, numa carrinha de caixa aberta (a única que a associação possuía). Assisti a essa fase dos trabalhos como parte da realização da observação participante.

As visitas seguintes eram realizadas pelas voluntárias do projecto, individualmente, às PVHS que residissem em locais mais próximos das suas residências (na figura 4 encontram-se as três voluntárias da equipa dos cuidados domiciliários com as quais trabalhamos: a senhora de pé, e as duas outras sentadas e abraçadas). Sempre que necessário e na medida do possível, cada voluntária leva medicamentos e uma cesta base para o agregado que visita. A cesta base, conforme as possibilidades da Kindlimuka era geralmente composta por 1 kg de açúcar, 5 kg de arroz, 1 kg de farinha de milho, 1 litro de óleo de cozinha, 1 litro de sumo de frutas e um litro de leite. Pessoalmente, levei a mesma cesta base para cada agregado de PVHS com que trabalhei, e acrescentei algumas frutas, sob recomendação dos membros do grupo de cuidados domiciliários.

Cada membro do grupo de cuidados domiciliários mantém um registo das PVHS sob sua responsabilidade, e encarrega-se de informar ao coordenador a necessidade de requisitar a carrinha da associação para o transporte da PVHS para as consultas no HDD. Entretanto, raramente as PVHS beneficiavam de tal transporte, uma vez que a carrinha encontra-se disponível para os trabalhos dos cuidados domiciliários somente a partir de cerca das nove (9) horas da manhã. Ora, devido às enchentes no HDD as PVHS e seus confidentes partem para o hospital nas primeiras horas da manhã, entre as cinco (5) e as sete (7) horas da manhã afim de serem atendidos o mais cedo possível e regressar à casa. Nalguns casos, a carrinha conseguia recolher a PVHS e seu acompanhante ao regresso do HDD, no final do dia (entre as 14 e as 16 horas).

A dificuldade da viatura servir para o transporte das PVHS deve-se ao facto de ser a única de que a associação dispunha (durante o período em de realização do trabalho de campo), e diversas vezes estar em más condições mecânicas. Uma avaria ocorreu no

primeiro dia da realização do nosso trabalho de campo, e por obstinação decidimos mesmo assim iniciar o trabalho. Usamos (o investigador e duas voluntárias dos cuidados domiciliários) um autocarro de transporte semi-colectivo de passageiros da associação para o Bairro da Maxaquene, e realizamos o percurso da paragem às residências das PVHS à pé. Pelo caminho, encontramos-nos com uma das PVHS que regressava à pé de uma consulta no HDD, contando-nos que ia fazendo intervalos de descanso pelo caminho, uma vez que o seu estado de saúde não permitia-lhe percorrer distâncias tão longas¹⁸.



Figura 5: As voluntárias da equipa dos cuidados domiciliários

Caso alguma PVHS não tivesse algum confidente que a acompanhasse ao HDD, uma das voluntárias do grupo de cuidados domiciliários era encarregue de permanecer no hospital com a PVHS. Numa das ocasiões em que tal aconteceu, uma PVHS que havia permanecido bastante tempo no hospital, das sete (7) às 13 ou 14 horas, sem qualquer

¹⁸ Não determinei precisamente a distância do HDD do Hospital primeiro de Maio, na Rua da Resistência, para a casa da PVHS próximo à Praça dos Heróis Moçambicanos. Porém seguindo os atalhos que ela percorreu, no mínimo tratava-se de uma caminhada de 30 a 45 minutos. A PVHS levava entre uma hora e meia e duas.

alimentação, desmaiou, perante o olhar impotente da voluntária, uma vez que esta não tinha alimentos nem dinheiro para adquirir alimentos para socorrer o doente. Esta situação e diversas outras representam fontes de stress para as voluntárias, na medida em que elas, igualmente atravessam dificuldades financeiras, não tendo, por isso capacidade de auxiliar materialmente as PVHS, que depositam diversas expectativas em si. Algumas dificuldades foram relatadas pela nossa informante-chave nos seguintes termos:

(...) grupo depende de projectos e às vezes nem pão para comermos [temos]¹⁹ (...) Por isso quando vamos visitar família assim o coração está a bater, porque não temos nada. Mas nem nossa coisa... nem da instituição temos. Mas nem temos nada. O que se torna difícil. Estamos a pensar que doentes talvez dizem que temos coisas, mas não. Se encontrássemos um projecto que desse também transporte para os doentes... o que não dá. Porque quem viu o doente não é aquele que está na instituição. Talvez não é por mal. Há outras situações que obrigam. Mas se tivesse carro próprio do domicílio e kits e alimentação²⁰.

As voluntárias são obrigadas a gerir um stress triplo derivado da incapacidade de satisfazer as necessidades das PVHS, associadas às suas, e à percepção da desconfiança das PVHS da provável sonegação de uma assistência que existe por parte da associação. A base desta desconfiança reside na falta de fornecimento da assistência em termos de alimentação e transporte, por exemplo, que são básicos na prestação dos cuidados domiciliários. O depoimento da nossa informante esclarece que a alimentação e o transporte das PVHS para o HDD deviam ser garantidos. Contudo, mais do que isso, deixou transparecer um provável distanciamento emocional, por parte da coordenação da associação relativamente às dificuldades atravessadas pelas PVHS e pelas próprias voluntárias, na expressão (...) “quem viu o doente não é aquele que está na instituição”.

Outras modalidades de assistência que a Kindlimuka fornece aos agregados de PVHS consistem no fornecimento produtos para a realização de actividades de geração de

¹⁹ Entrevista com Berta, 22 de Agosto de 2005.

²⁰ Entrevista com Berta, 23 de Agosto de 2005.

rendimento, oferecendo ou procurando patrocínios para cursos de formação técnico profissional e a continuação dos estudos dos dependentes das PVHS, e a procura de instituições que ofereçam acomodação para as PVHS que não tenham residência ou parentes que as acolham. Este tipo de apoio é extensivo aos membros da associação, e depende do apoio de algumas instituições como o Programa Mundial de Alimentação (PMA), o Consórcio da África Austral sobre o Sida (*Southern Africa Aids Trust – SAT*), e agências de caridade.

Nalgumas vezes as PVHS que necessitem de abrigo não são acolhidas pelas instituições de caridade, como aconteceu uma vez em que o grupo de cuidados domiciliários conduziu a PVHS que desmaiara no HDD (conforme relatamos) às Irmãs da Caridade, no Bairro do Hulene. Acompanhei o grupo como de costume e conversamos com a regente do centro de acolhimento, que após verificar o nome da PVHS apercebeu-se que esta tinha lá estado, mas que fora expulsa por não medicar-se irregularmente. Face a isso, a irmã mostrou indisponibilidade do centro acolher a PVHS.

5.5 A Assistência Prestada pelas Redes Sociais às PVHS

A categoria de fontes de assistência para as PVHS na qual o nosso trabalho centra-se é composta pelas redes sociais, constituídas na base de quatro (4) conteúdos normativos, nomeadamente, a amizade, a associação religiosa, o parentesco e a vizinhança. Estas redes sociais prestam assistência material e não material, obedecendo à lógica de reciprocidade. Descreveremos o funcionamento da assistência oferecida por cada tipo de rede, a iniciar pelas redes de parentesco.

No âmbito das relações de parentesco, as PVHS beneficiam da assistência dos cônjuges, e dos filhos com os quais residem no mesmo agregado familiar, e que não entendemos como membros de redes sociais. Outras categorias de parentes com as quais as PVHS não residem, e que são membros de redes sociais, igualmente prestam assistência. Dentre tais parentes encontram-se progenitores, filhos, irmãos, e nalguns casos categorias não especificadas de parentes (denominadas simplesmente pelo vocábulo

Xironga/Xichangana de *xaka*, isto é, parente). As PVHS entrevistadas referiram-se a esta assistência, como se pode notar nos seguintes depoimentos:

Vivo com os meus filhos. Três deles. A minha mãe tem a sua casa grande. Ela encontra-se aqui porque estou doente. Ela vive no [bairro] George Dimitrov, mas fica aqui um mês. As crianças ajudam-nos, dão 10 contos. Por exemplo, o moço que viste ajuda-nos. Deixa-nos sempre alguma coisa. Se não o faz é por nada ter. Estas são as nossas condições de vida²¹.

Ainda não tivemos quem nos ajude. Mas, há uma família, parentes do pai que oferecem alguma assistência. Sempre que visita, deixa 10 contos, e sem que tenhamos pedido oferecem refeições ao pai. Temos uma filha que está no lar e que costuma oferecer refeições ao pai²².

Conforme se pode depreender dos depoimentos, os parentes prestam assistência material em termos de refeições e dinheiro para cobrir as necessidades das PVHS e membros dos seus agregados familiares, e igualmente, assistência não material, como as visitas, que não são explicitamente mencionadas, e os cuidados prestados à PVHS pela sua mãe em virtude do estado de saúde da primeira não lhe permitir realizar diversas tarefas domésticas e cuidar de si própria. A mãe da Arminda, foi decidiu, por imperativos da doença da filha abdicar do comércio de pescado ao qual se dedicava, bem como aos restantes membros da família com os quais reside, com vista a assistir a filha.

Nos casos em que as PVHS sejam casadas, as suas esposas ou esposos auxiliam o cônjuges doente, em termos de cuidados básicos de higiene, e acompanhamento ao HDD e outros locais para onde a PVHS deva deslocar-se. As deslocações para o HDD, particularmente para a marcação de consultas e a recolha de medicação estão a cargo dos filhos ou de netos. A Arminda sempre envia o filho mais novo de 10 anos de idade ao HDD, enquanto o neto do Paulo, de cerca de 18 anos, realiza essa tarefa para o avô.

Os parentes distantes prestam mais assistência em termos de visitas, e refeições ou dinheiro, para auxiliar nas despesas caseiras. Entretanto, alguns parentes apesar de residirem no mesmo agregado com as PVHS ou em locais próximos enfrentam

²¹ Entrevista com Arminda, 26 de Agosto de 2005.

²² Entrevista com esposa do Paulo, 26 de Agosto de 2005.

dificuldades na prestação de assistência ao parente que necessite. Uma entrevistada referiu-se à assistência de filhos maiores e trabalhadores, com os quais reside, nos seguintes termos:

Os nossos filhos dão-nos o dinheiro para pagar as despesas do hospital. Mas, é muito difícil para eles. Caso eles não tenham dinheiro e nós não o tenhamos então permanecemos em casa. Por exemplo, quando o pai [Paulo] tinha o problema do braço não ia ao hospital (...) ²³.

O Paulo, cuja esposa prestou o depoimento acima permaneceu durante mais de dois meses com o braço direito fracturado, sem quaisquer cuidados médicos. A fractura ocorreu, paradoxalmente, no HCM, onde realizava uma consulta, quando teve uma queda num dos sanitários. Relatou que não foi socorrido, e não tendo dinheiro para a consulta e regressou à casa, e manteve-se na esperança de que o problema passasse. Eventualmente, ao apercebermo-nos de tal problema conduzimos o Paulo ao HCM e pagamos pelos seus tratamentos.

Entretanto, de algumas conversas informais com dois filhos do Paulo, e sem que o propósito fosse de esclarecer os motivos da dificuldade em auxiliar os seus parentes, os primeiros confessaram que as suas condições salariais eram bastante difíceis, na medida em que auferem, e de forma irregular, salários irrisórios para cobrir as suas necessidades, e que tinham a pressão de desejar construir o seu futuro com os rendimentos que conseguiam obter.

Dois outros depoimentos a respeito da assistência oferecida por parentes, demonstram igualmente, que esta existe, e de forma regular, mas com dificuldades, conforme uma entrevista que mantivemos com uma PVHS. Esta referiu-se à assistência prestada pelos irmãos nos seguintes termos:

²³ Entrevista com esposa do Paulo, 26 de Agosto de 2005.

Quando preciso eles [os meus irmãos] conseguem ajudar-me. Vão deixar-me no hospital, vão visitar-me. Até conseguem comprar-me comprimidos. Mas há momentos em que não conseguem porque eles também não são de nada [não têm estabilidade financeira]. E depois, eles também têm as suas mulherzinhas. Mas, conseguem fazer o mínimo. Não posso criticá-los. É isso²⁴.

Estas declarações foram sustentadas por outra PVHS, referindo-se à assistência prestada pelas suas irmãs e uma filha casadas, e que residem com os seus cônjuges:

(a respeito das irmãs) Quando temos problemas somos acudidos pelo chefe do quarteirão, caso não consigamos resolver o problema. Os nossos parentes ajudam-nos. Trazem qualquer coisa. Certas vezes trazem um quilo de farinha de milho, as minhas irmãs (...). A maioria dos meus parentes vive em Gaza. Cá em Maputo residem as minhas irmãs. Elas aproximam-se [para ajudar]. Mas não são capazes de cobrir todas as necessidades, [porque] estão no lar. Nem os maridos podem aceitar [que supram todas as necessidades]²⁵ (e sobre a filha) Mas nem sempre. Porque está no lar. Aquele homem pode reclamar²⁶.

Os dois depoimentos mostram, simultaneamente, a existência de assistência de parentes, e as limitações desse apoio em duas dimensões. Por um lado a assistência é irregular, ocorrendo quando as capacidades dos parentes assim permitam, e por outro é oferecida nos limites do que um dos cônjuges do parente da PVHS considere aceitável. Ou seja, a assistência que os parentes oferecem às PVHS é condicionada por considerações relativamente ao futuro das relações conjugais dos que prestam assistência. Mas estas considerações parecem mais fortes no caso da assistência material, enquanto para o apoio moral a prontidão e disponibilidade pareceu maior. Efectivamente, a Arminda relatou que os irmãos participavam activamente na educação da sua filha, aconselhando-a no sentido de concentrar-se nos estudos, e evitar uma gravidez precoce.

²⁴ Entrevista com Arminda, 26 de Agosto de 2005.

²⁵ Entrevista com George, 4 de Agosto de 2005.

Há casos de diversos parentes que não prestam qualquer assistência, independentemente da distância física em que se encontrem das PVHS e membros dos seus agregados. A distância física não se revelou um impedimento para a partilha de apoios entre parentes, conforme mostrou o depoimento do George, e de outra entrevistada:

*Os parentes do pai vivem em Gaza. Os meus por aqui, mas nem pensar em ajudar*²⁷.

As PVHS e membros dos seus agregados familiares com os quais realizamos o nosso trabalho são membros de paróquias da religião sião/zione, e todas declararam receber assistência frequente, regular e duradoira por parte dos outros membros das suas igrejas. Esta assistência foi exclusivamente em termos não materiais, ou seja, em visitas e preces pela saúde e bem estar dos doentes e dos membros dos seus agregados, conforme afirmou uma das entrevistadas:

*Os únicos amigos que aparecem frequentemente são os da igreja. O problema é que oferecem ajuda espiritual apenas (...)*²⁸.

Amigos e vizinhos foram igualmente mencionados como categorias sociais que prestam assistência aos agregados das PVHS. A assistência é semelhante à oferecida pelas redes baseadas no parentesco, na medida em que encontramos a assistência material e não material, contrariamente às redes sociais baseadas na associação religiosa, que especializam-se em assistência não material. Entretanto, outra diferença com as redes baseadas na religião e no parentesco consiste na regularidade, frequência e durabilidade das relações e assistência de amigos e vizinhos, conforme mostram os depoimentos que seguem:

Não há quem ajude-nos aqui na zona (...) Os amigos escasseiam desde que adoeci. Um e outro aproximam-se. Os amigos que tenho são cá da zona.

²⁶ Entrevista com George, 6 de Setembro de 2005.

²⁷ Entrevista com esposa do Paulo, 26 de Agosto de 2005

²⁸ Entrevista com esposa do Paulo, 23 de Agosto de 2005.

*Trabalhei com ele onde estive empregue. Com os restantes, cá da zona, passava pouco tempo... e depois voltava para casa*²⁹.

*Os amigos escasseiam. Só te querem quando ainda estás bem. São duas apenas [que tenho]: aquela que encontraste e outra daqui [vizinha]. Os outros já não aparecem. (...) Quando vêm as crianças sentadas dão-lhes qualquer coisa. Pelo menos esta daqui [vizinha]. (...) Mas conseguem dar uma chávena de chá, ou um prato de comida ou dar pão. Então, não os posso criticar. Não posso criticar alguém sem que seja meu parente*³⁰.

5.6 Discussão

A principal categoria de fontes de assistência social prestada às PVHS que identificamos na nossa pesquisa são as redes sociais constituídas e reproduzidas na base das relações de parentesco, associação religiosa, amizade e vizinhança. Este tipo de assistência é suplementado pelos cuidados domiciliários prestados pelas associações de apoio às PVHS e a assistência médica em instituições públicas de saúde.

Efectivamente, as PVHS na Cidade de Maputo, recebem assistência em termos de cuidados domiciliários associados ao tratamento médico em HDD prestada por ONG's moçambicanas e estrangeiras, como é o caso da Associação Kindlimuka. Esta associação enfrenta diversos problemas materiais que afectam negativamente a prestação de cuidados domiciliários traduzindo-se especificamente na irregularidade da oferta da cesta base, na falta de apoio em transporte das PVHS e suas confidentes para o HDD e de regresso às suas casas, e a grande pressão emocional dos voluntários que prestam cuidados domiciliários, uma vez que são obrigados à gerir as suas dificuldades financeiras e materiais e as expectativas de apoio (frustradas) das PVHS por cujos cuidados são responsáveis. Efectivamente, muito do trabalho dos cuidados domiciliários prestado pela Kindlimuka traduz-se em declarações de 'boas intenções', que não são

²⁹ Entrevista com George, 8 de Agosto de 2005.

³⁰ Entrevista com Arminda, 26 de Agosto de 2005.

materializadas. Estas constatações obrigam a questionar se realmente, a associação Kindlimuka possui capacidade de prestação de cuidados domiciliários nos parâmetros de qualidade exigidos pelo MISAU, a que esta associação se dispõe a seguir (a nível discursivo)

As redes sociais constituídas na base de laços de amizade, associação religiosa, parentesco e vizinhança prestam assistência moral e material regida pela lógica de reciprocidade. A assistência material consubstancia-se em alimentos, refeições e dinheiro, enquanto o apoio moral é traduzido em visitas, prestação de serviços domésticos, conforto psicológico, visitas, acompanhamento ao HDD, etc. Porém, divergem em relação à modalidade, frequência, durabilidade e intensidade de assistência (ou seja, a actividade das redes sociais), conforme ilustramos na figura 2. Quanto mais próximo o indicador estiver do núcleo (a PVHS), maior a actividade das redes sociais.

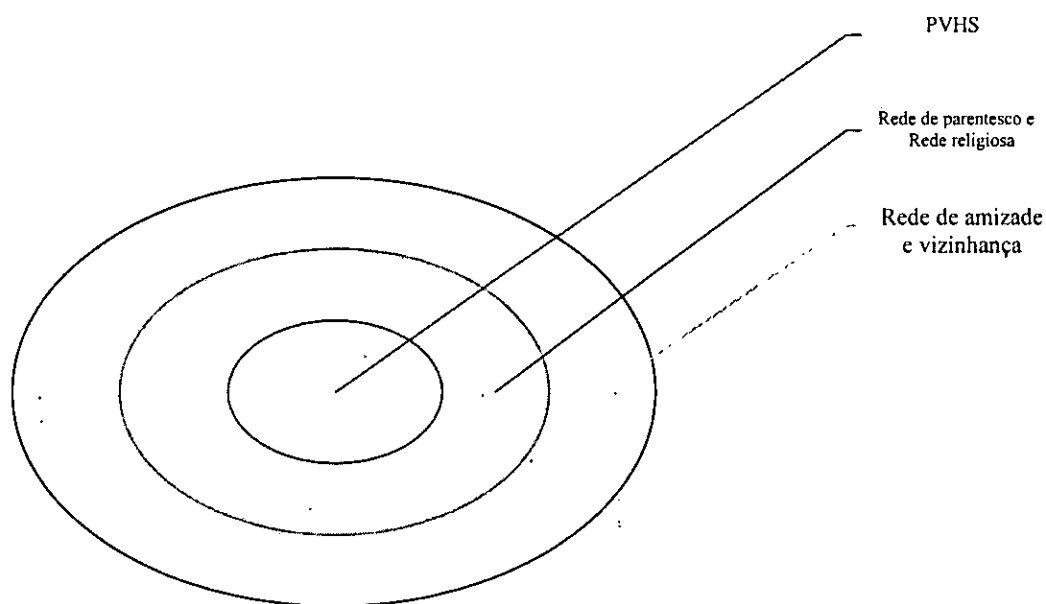


Figura 6: Actividade das redes sociais

As redes sociais baseadas no parentesco, amizade e vizinhança oferecem assistência material e moral, enquanto as redes baseadas na associação religiosa oferecem assistência exclusivamente moral, especificamente visitas e orações. Os membros das redes sociais baseadas no parentesco prestam assistência material em termos de alimentos (refeições e alimentos não confeccionados), dinheiro para despesas do agregado doméstico das PVHS e para despesas relacionadas com o HDD. A assistência moral consiste em visitas, conversas e na prestação de cuidados às PVHS, limpezas e aconselhamento de membros do agregado das PVHS.

Os membros das redes sociais baseadas na associação religiosa e no parentesco prestam assistência mais frequente, duradoira e intensa (respondem com prontidão às necessidades das PVHS). Porém, os membros de ambos os tipos de redes sociais mostraram dificuldades em cobrir as necessidades das PVHS e membros dos seus agregados familiares. As mesmas conclusões são apresentadas em estudos realizados noutros países da África à Sul do Saara (Caldwell et al. 1993; Chiwmaza & Watkin 2004 Jackson 2004; John & Ndebio 2002; Kubatsirana 2002).

Tais estudos relevam que membros de categoriais sociais correspondentes à nossa concepção de redes sociais prestam assistência atravessada por dificuldades como visitas pouco frequentes de parentes, esposos que abandonam esposas infectadas pelo HIV, e acolhimento de parentes infectados pelo HIV, mas que posteriormente são votados ao abandono. Os autores que realizaram estes estudos atribuem as dificuldades dos membros das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS ao estigma e ao empobrecimento das comunidades africanas causada pela adopção e implementação de Programas de Ajustamento Estrutural pelos governos africanos, a partir da década de 1980 (Jackson 2004: 289, 308-309; Vidal 1996 e Reynauld & Muhongayire 1995 in Schoepf 2001: 348).

As razões das dificuldades patentes na assistência prestada pelos membros das redes sociais na Cidade de Maputo são diferentes daquelas avançadas pelos autores que realizaram estudos noutros países da África Austral. Ou seja, em lugar de condicionalismos externos, os resultados da nossa pesquisa mostram o papel das

dinâmicas das relações entre membros das redes sociais como importantes para o funcionamento da assistência às PVHS na Cidade de Maputo.

Com efeito, as dificuldades na assistência prestada pelas redes sociais baseadas na associação religiosa devem-se à especialização dessas redes na prestação de assistência exclusivamente moral, em termos de orações e visitas prestadas aos agregados de PVHS. As razões das dificuldades patentes na assistência prestada por membros de redes sociais baseadas no parentesco são diferentes. Por um lado, alguns membros das redes sociais baseadas no parentesco não prestam qualquer assistência às PVHS. Por outro, a assistência prestada é insuficiente. A insuficiência da assistência deve-se à dificuldades materiais que os membros de redes sociais baseadas no parentesco enfrentam. Estas dificuldades estão associadas à prioridade que os membros dessas redes atribuem aos seus projectos de vida individuais e conjugais. Especificamente, o receio de protestos dos cônjuges foi referenciado como condicionante da prestação de assistência limitada às PVHS. Entretanto, não ficou esclarecido em que medida o discurso sobre a eventual reacção dos cônjuges reflecte a verdade dos factos, ou se é usado como bode expiatório para a falta de vontade em fornecer assistência, ou para os conflitos existentes entre as PVHS e os seus parentes.

As dificuldades expressas pelos membros das redes sociais baseadas no parentesco em assistir os seus parentes portadores de HIV e membros dos seus agregados familiares goram as expectativas das PVHS, que depositam as maiores esperanças de verem as suas necessidades satisfeitas por parentes. Esta lógica explica que, por exemplo, as dificuldades ou falta de assistência de amigos e vizinhos seja encarada como normal (naturalizada), e a restrição do apoio dos membros das redes sociais baseadas na associação religiosa não desperte alarme das PVHS e membros dos seus agregados familiares. Apesar de os entrevistados não ter expresso alarme, seria de questionar se o papel das redes religiosas, neste tipo de situações de crise social deve limitar-se ao apoio moral, ou estender-se à assistência material.

As dificuldades dos membros das redes sociais cobrirem as necessidades das PVHS e dos membros dos seus agregados familiares estão igualmente associadas à falta de fontes de rendimento das PVHS, que são simultaneamente, os principais provedores de sustento dos seus agregados familiares; e à história das relações sociais entre as PVHS, membros dos seus agregados familiares e os membros de redes sociais a que recorrem em caso de necessidade. Esclarecendo, e conforme descrevemos, actores sociais cujas relações anteriormente à infecção de um por HIV eram marcadas pelo distanciamento, mantiveram ou reforçaram tais características (continuidade histórica), por um lado. Por outro, a incapacidade das PVHS satisfazerem as suas necessidades e dos membros dos seus agregados familiares coloca uma pressão nos parentes, amigos e vizinhos, que estes não são capazes e suportar e simultaneamente garantir o sustento dos seus próprios agregados.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÃO

Neste trabalho estudamos a prestação de assistência de membros das redes sociais à PVHS na Cidade de Maputo, Moçambique, com enfoque para as dinâmicas de interação social entre tais actores sociais. As conclusões do trabalho indicam para o funcionamento de algumas redes sociais, porém condicionado por dificuldades, que se traduzem na incapacidade das mesmas cobrirem as necessidades das PVHS. Especificamente, concluímos:

- A existência de quatro tipos de redes sociais, com base no conteúdo normativo que rege a sua formação e manutenção, nomeadamente, as redes baseadas na amizade, associação religiosa, parentesco e vizinhança;
- As redes sociais baseadas no parentesco e na associação religiosa demonstraram maior actividade, expressa pela maior frequência, duração e prontidão de resposta às necessidades de apoio das PVHS, contrariamente às redes sociais baseadas na amizade e na vizinhança;
- No geral as redes sociais mostraram dificuldades na satisfação das necessidades das PVHS, apesar de manterem actividade de assistência;
- As dificuldades das redes sociais devem-se às histórias das relações entre os membros das redes sociais e as PVHS; à prioridade que os membros das redes sociais atribuem aos seus projectos pessoais e aos seus cônjuges; e à alta dependência das PVHS e membros de seus agregados familiares, incapazes de satisfazerem, independentemente, necessidades básicas de sobrevivência..

Estas conclusões apresentam implicações teóricas importantes. Especificamente: demonstram a necessidade de encarar as redes sociais como entidades dotadas de dinâmicas históricas particulares, condicionadas, por um lado, pelas relações

estabelecidas e sustentadas no tempo pelos membros de tais redes (continuidade dos processos históricos). Por outro, pelas estratégias de manutenção de relações conjugais e de prossecução de projectos individuais, e as capacidades económicas dos actores sociais (PVHS, membros dos seus agregados familiares e de redes sociais). As relações estabelecidas entre membros das redes sociais que estudamos são dotadas de potencialidades e fragilidades que condicionam a capacidade ou incapacidade dos membros das redes sociais assistirem os outros membros em situação de necessidade.

Alguns aspectos carecem de pesquisas ou questionamentos futuros relativamente à estudos da assistência às PVHS em Moçambique, nomeadamente:

- As associações que prestam cuidados domiciliários às PVHS reúnem os requisitos necessários para a oferta de serviços de qualidade?
- Qual o impacto dos baixos níveis de qualidade dos cuidados domiciliários prestados às PVHS por associações tais como a Kindlimuka, no estado de saúde das PVHS, e dos voluntários que prestam cuidados domiciliários?
- As associações como a Kindlimuka servem os interesses das PVHS ou dos seus membros?
- Que papel pode ser desempenhado pelas associações de apoio às PVHS, as ONG's e as instituições governamentais moçambicanas como o CNCS, no fortalecimento das redes sociais que assistem as PVHS?

REFERÊNCIAS

- AAA (American Anthropological Association). 1998. Code of Ethics of the American Anthropologica Association. 26 de Janeiro de 2006.
<http://www.aaanet.org/committees/ethics/ethcode.htm>
- AMODEFA, 2003, Avaliação dos serviços de hospital de dia e cuidados domiciliários. Relatório de Final de Avaliação para a Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família. Maputo, Moçambique
- Bernard, H., 1998, *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches, 2nd ed.*, London: SAGE
- Braveman, P. e Tarimo, E., 2002, 'Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations' *Social Science and Medicine* 54
- Caldwell, J. et al. 1993. African families and AIDS: context, reactions and potential interventions. *Health Transition Review* 2
- Chimwaza, A. & Watkins, S., 2004, 'Giving care to people with symptoms of AIDS in rural sub-Saharan Africa', *AIDS Care* 16 (7)
- Coburn, D., 2000, 'Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism' *Social Science and Medicine* 51
- Cruz e Silva, T., 2000, 'As redes de solidariedade como intervenientes na resolução de litígios: o caso da Mafalala. In *Conflitos e Transformação Social: uma Paisagem das Justiças em Moçambique*, B. Sousa Santos, e J. Trindade (orgs.), Maputo: CEA; Coimbra: Centro de Estudos Sociais
- Farmer, P. & Kleinman, A. 1997. Aids as human suffering. In A. Podolefsky e P. Brown (eds.). *Applying Anthropology: An Introductory Reader*. 4th ed. Mountain View: Mayfield

Jackson, H. 2004. *SIDA em Africa: Continente em Crise*. Harare: SAFAIDS

John, M.E. & Ndebbio, T. 2002. Perceived psychological needs, social support, quality of life and adjustment in subjects with HIV/AIDS. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 4 (1)

Kikule, E. 2003. A good death in Uganda: survey of needs for palliative care for terminally ill people in urban areas. *British Medical Journal*, 327 (7408)

Kloos, H., Tadesse, W. 2003. Community Based Organizations in HIV/AIDS Prevention, Patient Care and Control in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*. Vol. 17, No. 56

Kubatsirana. 2002. Cuidados domiciliários – entrevistas 10 doentes e 10 voluntários de Kubatsirana. Chimoio

Marincowitz, G., Jackson, C. & Fehersen, G. 2004. Who are good home-based care volunteers? *South African Family Practice* 46 (2)

Mauss, M. 1988. *Ensaio sobre a Dádiva*. Lisboa: 70

Mitchell, J., 1969. The concept and use of social networks. Capítulo 1 em *Social Networks in Urban Situations: Analysis of Social Relationships in Central African Towns*. Manchester: Manchester University Press

Moçambique, Ministério da Saúde. 2000. Impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (actualizado). Maputo

Moçambique. 2001. Boletim da República, 4º suplemento, I Série nº 50

Moçambique, Ministério da Saúde. 2002. Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica de HIV - Ronda de 2001. Maputo

Moçambique, Ministério da Saúde. 2002. Cuidados Domiciliários: Manual de Formação do Voluntário: Prevenção e Alívio do HIV/SIDA. Maputo

Moçambique, Instituto Nacional de Estatística. 2004. Anuário Estatístico: Cidade de Maputo 2003. Maputo

Moçambique, Ministério da Saúde. 2005. Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV - Ronda de 2004. Maputo

MSF. 2003. Resultados da Avaliação dos Inquéritos do programa de CD. Relatório de Consultoria para a Médicos Sem fronteira, Tete, Moçambique

Navarro, V. & Shil, L. 2001. The political context of social inequality and health. *Social Science and Medicine* 52

Nunes, J. 1995. Com mal ou com bem, os teus te atém: as solidariedades primárias e os limites da sociedade-providência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (42)

Okely, J. 1994. Thinking through fieldwork. Bryman, A. & Burgess, R. (eds.) *Analyzing Qualitative Data*. London & New York: Routledge

Pina-Cabral, J. 2000. The ethnographic present revisited. *Social Anthropology*, 8 (3)

Salmon; K.E. 2002. A nursing response to the AIDS crises. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 4 (1)

Sepulveda, C. et al. 2003. Quality care at the end of life in Africa. *British Medical Journal*, 327 (7408)

Schoepf, B. 2001. International AIDS research in anthropology: taking a critical perspective on the crisis. *Annual Review of Anthropology*, 30

Sousa Santos, B. 1993. O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semi-periferia: o caso português. Sousa Santos, B. *Portugal: um Retrato Singular*. Porto: Afrontamento

Spradley, J. 1979. *The Ethnographic Interview*. London: Tavistock

Taylor, L., Seeley, J. & Kajura, E. 1996. Informal care for illness in rural southwest Uganda: the central role that women play. *Health Transition Review* 6: 49-56

Uys, L.R. 2003. 'Aspects of the care of people with HIV/AIDS in South Africa. *Public Health Nursing*, 20 (4)

Wikipédia. Mapa da Cidade de Maputo. 26 de Janeiro de 2006. <http://pt.wikipedia.org>.

ANEXOS

Anexo A - Guiões de Entrevistas

Pessoas Vivendo com HIV/SIDA

- *Introdução e identificação*

Qual é a sua idade?

Qual é o seu género?

Até que classe (você) estudou?

Trabalha? (Se não) porquê? Perdeu o emprego quando se soube que era seropositivo (a)?

Como soube que era seropositivo?

- *Conteúdos normativos na produção e reprodução de redes sociais primárias*

A quem recorre quando precisa de apoio? A amigos, vizinhos, parentes ou outras? Quais?

Em que consiste o apoio que requer a tais pessoas?

Há quanto tempo conhece e se relaciona com as pessoas a quem recorre quando precisa de apoio?

Em que momentos procura essas pessoas?

Procura-as somente quando está aflito ou aflita?

Apoia tais pessoas quando elas requerem a sua ajuda?

Quando é que elas recorrem a si?

Retribui tal apoio, ajudando as pessoas que ajudam-na, quando estas precisam?

- *Expectativas das pessoas seropositivas em relação à assistência e avaliação da assistência*

Que apoio espera das pessoas com as quais se relaciona? Costuma pedir tal apoio? Quando?

Os seus pedidos são satisfeitos? Em que ocasiões? Por quem?

De quem espera maior apoio?

Tem recebido o apoio que espera receber?

Como é que as pessoas com as quais se relaciona a/o apoiam? Costuma pedir ou elas oferecem-se para apoiar.

Essas pessoas sempre tomam iniciativa de lhe ajudar?

Os apoios que recebe das pessoas a quem pede satisfazem as suas necessidades? Porquê?

Quem são as pessoas que geralmente lhe dão apoio quando pede? Porquê?

- *Intensidade das interações (relações entre assistência e obrigações)*
-

Costuma apoiar as outras pessoas? Em que momentos?

A quem dá esse apoio? Quando?

Tem acontecido não dar apoio quando alguém pede? Quando e porquê?

Quem são as pessoas que não costuma apoiar? Porquê?

Membros do agregado familiar das PVHS

- *Conteúdos normativos na produção e reprodução de redes sociais primárias*

A quem recorrem (o agregado familiar) quando precisam de apoio?

Em que consiste o apoio que pedem a tais pessoas?

Há quanto tempo conhecem e se relacionam com as pessoas a quem recorrem quando precisam de apoio?

Em que momentos procuram essas pessoas?

Procuram-nas somente quando estão aflitos?

Apoiam tais pessoas quando elas requerem a vossa ajuda?

Quando é que elas pedem o vosso apoio?

Retribuem tal apoio, ajudando as pessoas que ajudam-vos, quando estas precisam?

- *Expectativas das pessoas seropositivas em relação à assistência e avaliação da assistência*

Que apoio esperam das pessoas com as quais se relacionam? Costumam pedir tal apoio?

Em que ocasiões?

Os vossos pedidos são satisfeitos? Em que ocasiões? Por quem?

De quem esperam maior apoio?

Recebem tal apoio?

Como é que as pessoas com as quais se relacionam vos apoiam? Costumam pedir ou elas oferecem-se para apoiar-vos?

Essas pessoas sempre tomam iniciativa de vos ajudar?

Os apoios que recebem das pessoas a quem pedem (ajuda) satisfazem as vossas necessidades? Porquê?

Quem são as pessoas que geralmente vos dão apoio quando pedem?

- *Intensidade das interações (relações entre assistência e obrigações)*

Costumam apoiar as outras pessoas? Em que momentos?

A quem dão esse apoio? Quando?

Tem acontecido não darem apoio quando alguém pede? Quando e porquê?

Quem são as pessoas a quem vocês não costumam apoiar? Porquê?

Membros das redes sociais das PVHS

- *Conteúdos normativos na produção e reprodução de redes sociais primárias*

Conhece fulano (ego ou pessoa vivendo com HIV/SIDA)?

Há quanto tempo o/a conhece?

Fulano costuma pedir-lhe quando precisa de apoio?

De que apoio costuma precisar? Quando?

- *Expectativas das pessoas seropositivas em relação à assistência e avaliação da assistência*

Que apoio espera de fulano e seu agregado?

Costuma pedir apoio a fulano quando precisa?

Fulano costuma satisfazer os seus pedidos?

Como fulano lhe tem apoiado? Costuma tomar iniciativa de lhe ajudar ou você costuma pedir para ser apoiado por fulano?

- *Intensidade das interações (relações entre assistência e obrigações)*

Você costuma oferecer apoio a fulano? Em que consiste o apoio que lhe dá? Quando?

Porquê?

Tem acontecido não dar apoio a fulano, quando este/esta pede? Quando? Porquê?

Anexo B: Perfil dos entrevistados

Designação/pseudónimo	PVHS	Membro de Agregado Doméstico	Membro de Rede Social	Membro da Associação Kindlimuka
Arminda				
George				
Gita				
Paulo				
Mãe da Arminda				
Esposa de Paulo				
Aida				
Berta				
Joana				
Zito				

Anexo C - Plano de Actividades

Actividades	Julho						Agosto			Setembro	
	10-19	17-23	24-30	31/7. 6/8	7-13	14-20	21-27	28/8. 3/9	4-10		
Revisão da proposta da pesquisa											
Preparação para trabalho de campo											
Trabalho de campo exploratório											
Realização de entrevistas semi estruturadas e visitas a PVHS											
Retirada do trabalho de campo											