

ATO.51

2006



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Arqueologia e Antropologia

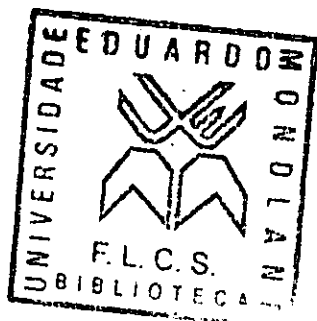
Curso de Licenciatura em Antropologia

**Processos de transformação social com referência ao estigma e
discriminação no contexto do VIH e SIDA. Uma análise a partir da Cidade
de Maputo**

Candidata: Sónia Francisco Nhantumbo

Supervisor: dr. Emídio Vieira Salomone Gune

Maputo, Outubro de 2006



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

**Processos de transformação social com referência ao estigma e
discriminação no contexto do HIV SIDA. Uma análise a partir da
Cidade de Maputo**

Projecto de investigação apresentado em cumprimento parcial dos requisitos
exigidos para obtenção do Grau de Licenciatura em Antropologia na
Universidade Eduardo Mondlane

Candidata: Sónia Francisco Nhantumbo

Supervisor: dr. Emídio Vieira Salomone Gune

Maputo, Outubro de 2006

UEM - UFICS	
R. E.	4928
DATA	07 / 11 / 06
AQUISICÃO	Oferta
COTA	ATO - 5.1

Declaração

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

Sónia Francisco Nhantumbo

Sónia Francisco Nhantumbo

Maputo, Outubro de 2006

R. E.	U.E.M. - UFICS
DATA	31/10/06
AQUISIÇÃO	
CDTA	ATO 51

Dedicatória

Aos meus pais,

Francisco António Nhantumbo e Olga Cuna.

As minhas irmãs Denise e Sheilla, e

Especial as minhas filhas,

Érika (Kika) e Luana (Lu)...

Agradecimentos

A materialização deste trabalho foi possível graças ao apoio e colaboração de muitas pessoas às quais eu expresso o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar tenho que agradecer a Deus por ter me dado saúde.

Um obrigado muito especial ao meu supervisor Emidio Gune, pela paciência, atenção e orientação metodológica e técnica pois, sem a qual não seria possível a orientação deste trabalho.

Aos meus professores.

Aos meus colegas e amigos da turma de Antropologia do ano de 1998, em especial a dra. Cecília Bombi ("*Comadre*"), dra. Isabel (Nany), dra. Aida, dr. Unaiti, dr. Célio, dr. Sérgio, dr. Fernando, dr. Julaya, Dalila, Mércia (Mimi), Ana Machaieie (Lila) e a dra. Helena Chiquele, o meu muito obrigado, pelo apoio emocional e ajuda na elaboração deste trabalho.

A Rita Getimane pelo carinho e dedicação.

Ao meu esposo Abrãao Muianga (Quinho), o meu muito obrigada, por tudo.

E finalmente, a todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível.

Abreviaturas

CEA- Centro de Estudos Africanos

DAA- Departamento de Arqueologia e Antropologia

DTS- Doença de Transmissão Sexual

FLCS- Faculdade de Letras e Ciências Sociais

MISAU- Ministério da Saúde

MONASO- Rede Nacional de Organizações de Luta contra a SIDA

ONUSIDA- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

PENC- Plano Estratégico Nacional

PVHS- Pessoas Vivendo com HIV e SIDA

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UEM- Universidade Eduardo Mondlane

VIH- Vírus de Imunodeficiência Adquirida

Resumo

Em Moçambique, de 1988 a 1990, as discussões em torno das acções para o controle do VIH e SIDA, estavam concentradas para o tratamento das DTS, promoção da redução dos parceiros sexuais e do uso do preservativo. Neste período, o não uso do preservativo nas relações sexuais, múltiplos parceiros sexuais e transfusões sanguíneas, eram tidas como obstáculos à prevenção e luta contra o VIH e SIDA. Posteriormente, a partir de 2000, foram também incorporadas questões sobre o estigma e discriminação, como obstáculos a prevenção e luta contra o VIH e SIDA

Face ao cenário apresentado centrei o trabalho em torno das transformações sociais que tornam possível o surgimento do estigma e discriminação no contexto do VIH e do SIDA. Propus-me, para o efeito analisar processos de transformação social tendo como referência estigma e discriminação no contexto do VIH e do SIDA.

Para alcançar os referidos objectivos, realizei um trabalho de campo na Cidade de Maputo, onde para a recolha de dados fiz uso de técnicas como entrevistas semi-estruturadas em combinação com conversas informais.

Segundo os nossos entrevistados o SIDA é uma doença que se transmite sexualmente, que não tem cura e mata. Apesar desta representação num primeiro momento, as pessoas não acreditavam no que se dizia em relação ao VIH e SIDA por não terem conhecimento de pessoas infectadas ou doentes de SIDA e de mortes relacionadas a doença, o que fazia com que as pessoas infectadas ou doentes de SIDA não fossem discriminadas. Contudo, a discriminação em relação ao VIH e SIDA foi influenciada, também, pelo facto das pessoas começarem a reconhecer, nas pessoas que faziam parte das suas relações, sinais e sintomas que lhes eram passados no âmbito da divulgação das mensagens de luta contra o VIH e SIDA.

Índice

Declaração.....	i
Dedicatória	ii
Agradecimentos.....	iii
Abreviaturas.....	iv
Resumo.....	v
1. Introdução.....	1
1.2. Problema.....	3
1.3. Justificação.....	5
1.4. Objectivos.....	6
1.4.1. Objectivo geral.....	6
1.4.2. Objectivos Específicos.....	6
2. Revisão de literatura.....	7
2.1. Fenómenos de saúde e doença.....	7
2.2. Transformação social.....	9
2.3. Estigma e discriminação em relação ao VIH e SIDA.....	11
3. Quadro teórico.....	14
3.1. Conceitos.....	15
3.1.2. Relações sociais.....	15
3.1.2. Transformação social.....	15
3.1.3. Representações sociais.....	16
3.1.4. Estigma.....	17
3.1.5. Discriminação.....	17
4. Metodologia.....	19
5. Resultados.....	21
5.1. Caracterização.....	21
5.2. Representações sociais acerca do VIH e do SIDA.....	22
5.3. Transformação social, estigma e discriminação em relação ao VIH e ao SIDA.....	23
5.4. Factores cognitivos, transformação social, estigma e discriminação.....	26
6. Discussão.....	29

6.1. Representações sociais acerca do VIH e do SIDA.....	29
6.2. Transformação social, estigma e discriminação em relação ao VIH e ao SIDA.....	29
6.3. Factores cognitivos, transformação social, estigma e discriminação.....	30
7. Considerações finais.....	32
8. Fontes.....	36
8.1. Bibliográficas.....	36
8.2. Documentais.....	39
9. Anexos.....	40
9.1. Guião de entrevistas.....	40
9.2. Lista dos entrevistados.....	42

1. Introdução

O presente trabalho é um projecto de pesquisa realizado em cumprimento parcial das exigências para a obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Este trabalho, tem como tema transformação social.

Neste trabalho pretendo analisar processos de transformação social com referência ao estigma e discriminação no contexto dos debates em torno do controle e prevenção ao Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A análise proposta será feita a partir da Antropologia da Saúde. A referida pretensão deriva do facto de as discussões em torno do estigma e discriminação, estarem concentradas em temas como solidariedade e compaixão em relação as pessoas vivendo com o VIH ou e com SIDA. Deste modo é gerada e transmitida uma imagem do estigma como um obstáculo a combater, mas sem explorar os seus percursos constitutivos.

Como metodologia realizei uma pesquisa qualitativa exploratória, composta por uma revisão de literatura e recolha de dados primários na Cidade de Maputo, tendo usado como técnica de recolha de dados entrevistas semi- estruturadas combinadas com conversas informais.

Como conclusões preliminares do estudo considero o estigma e discriminação como resultado da redefinição das relações sociais. As pessoas representam o SIDA como uma doença que se transmite sexualmente, que não tem cura e mata. Esta representação foi construída com base na informação que lhes era transmitida, no âmbito das campanhas de prevenção e luta ao SIDA e com base na troca de informação entre os indivíduos no âmbito do desenvolvimento das suas relações sociais. Num primeiro momento, as pessoas não acreditavam no que se dizia em relação ao VIH e SIDA por não terem conhecimento de pessoas infectadas ou doentes de SIDA e de mortes relacionadas a doença. Para estes não havia discriminação em relação ao VIH e SIDA. As pessoas começaram a discriminar

quando começaram a reconhecer sinais e sintomas que lhes eram passados no âmbito da divulgação das mensagens de luta contra o VIH e SIDA.

Este trabalho está estruturado em oito partes. Na primeira parte, apresento a introdução, o problema, seguido da justificação e dos objectivos que orientam a pesquisa. Na segunda parte, apresento o que pode ser encontrado a nível da literatura consultada. Na terceira parte, apresento o quadro teórico e a discussão dos principais conceitos, que são estrutura social, transformação social, relações sociais, representações sociais, estigma e discriminação. Na quarta parte, apresento a metodologia. Na quinta parte, apresento a caracterização do local de estudo e os principais resultados. Na sexta parte, apresento a discussão dos resultados. Na sétima parte, apresento as considerações finais, para no fim, na oitava parte apresentar a bibliografia consultada. Em anexo, apresento o guião de entrevistas e a lista dos entrevistados.

1.2. Problema

Segundo Ayres et al (1999), nos Estados Unidos, o surgimento do VIH e SIDA gerou uma necessidade de controle dos mesmos. Num primeiro momento as estratégias de controle e prevenção foram direccionadas a pessoas como responsáveis pela propagação da doença nomeadamente homossexuais, haitianos, hemofílicos e consumidores de drogas injectáveis que passaram a ser designados grupos de risco.

Ainda segundo Ayres et al (1999), as referidas estratégias consistiam na promoção da abstinência sexual entre os homossexuais, não praticar relações sexuais com haitianos, não doar sangue e não usar drogas injectáveis, tendo resultado na gestão de estigma, preconceitos, individualismo e insucesso.

De forma similar, no caso de Moçambique,¹ das discussões em torno dos mecanismos de controle do VIH e SIDA, patente nos Planos iniciais de Combate e Prevenção ao VIH e SIDA², também foram eleitos grupos de risco como ponto essencial para fazer face ao controle e prevenção.

Nos referidos Planos, segundo o MISAU (1988), constituíam grupos de risco os parceiros das pessoas infectadas com o VIH ou doentes do SIDA, prostitutas e doadores de sangue³. Como forma de reduzir os índices de infecção pelo VIH e SIDA, as discussões em torno das acções para o controle do VIH e do SIDA, estavam concentradas a volta do tratamento das DTS, da promoção da redução de parceiros sexuais e do uso do preservativo (MISAU, 1988:22). Como obstáculos à prevenção e luta contra o VIH e SIDA, os referidos Planos faziam alusão ao não uso do preservativo nas relações sexuais ocasionais, muitos parceiros sexuais e transfusões sanguíneas (MISAU, 1988: 17).

¹ E onde o primeiro caso de SIDA foi detectado em 1986, segundo o MISAU (2000).

² MISAU (1988) e MISAU (1990)

³ Segundo o MISAU (2000), a partir de 2000, estes passaram a ser considerados como não sendo uma via importante de transmissão do VIH em Moçambique.

Posteriormente, e a partir do Plano de 2000, os Planos seguintes⁴, passaram a incorporar como grupos de risco as prostitutas, os mineiros, os camionistas de longo curso e trabalhadores emigrantes. Contudo, os doadores de sangue e os parceiros das pessoas infectadas com o VIH e doentes do SIDA deixaram de ser mencionados. Como obstáculos à prevenção e luta contra o VIH e SIDA, foram incorporadas questões sobre estigma e discriminação.

O facto de o estigma e a discriminação passarem a configurar nos debates sobre o VIH e SIDA, pode ser percebido como indicativo de que em Moçambique, estes fenómenos passaram a ser exteriorizados depois da detecção do primeiro caso de VIH e SIDA, ou seja ocorreram processos de transformação que tornaram possível e visível o surgimento do estigma e discriminação tendo como referência o VIH e o SIDA.

Neste contexto, questiono no presente trabalho, o que terá feito mudar as lógicas discursivas e práticas dos Planos ao passarem a incorporar questões relativas ao estigma e discriminação? Que processos de transformação e como os mesmos ocorreram de modo a gerarem estigma e discriminação? Que factores condicionaram a referida transformação?

⁴MISAU (2000)

1.3. Justificação

Da literatura sobre questões ligadas ao estigma e a discriminação em relação ao VIH e a SIDA, a qual tive acesso, os autores fazem, por um lado, menção a actos de solidariedade, compaixão e pena em relação as pessoas vivendo com VIH e ou SIDA e por um lado, descrevem parte das representações actuais que os indivíduos fazem do VIH e do SIDA, nomeadamente a associação do VIH e SIDA com a morte, o medo e a comportamentos imorais (ONUSIDA 2002, Navigandi 2002, Ayres et al 1999, Knauth 1996 e Crawford 1994).

Neste cenário, questões tais como como surge o estigma e a discriminação bem como que factores condicionaram o referido surgimento não têm sido exploradas.

Sendo assim, explorar processos pelos quais permitiram o surgimento do estigma e da discriminação em relação ao VIH e SIDA em Moçambique, é uma forma de olhar a questão numa perspectiva que permite apreender os processos constitutivos de sua criação, enfatizando que eles são construções sociais e revelam dinâmicas da sociedade. Esta análise é enquadrada nos debates teóricos sobre transformação social, que também encontram espaço no campo da antropologia no geral e da saúde e doença em particular.

Apreendidos os referidos processos, ideias e elementos reflexivos ficam a disposição de actores interessados na área de mitigação e combate ao estigma, alargando recursos que podem aumentar o leque de informações no debate sobre estigma e discriminação.

1.4. Objectivos

1.4.1. Objectivo Geral

O presente trabalho tem como objectivo geral, analisar processos de transformação social tendo como referência o estigma e a discriminação, no contexto do VIH e do SIDA.

1.4.2. Objectivos Específicos

Especificamente o estudo visa:

- ✓ Identificar percepções e representações sociais acerca do VIH e do SIDA;
- ✓ Descrever processos de transformação social com referência ao estigma e discriminação e
- ✓ Identificar factores cognitivos que condicionaram a transformação social com referência ao estigma e a discriminação.

2. Revisão de literatura

Para a realização do presente trabalho, procedi a uma revisão temática que apresento de seguida, a começar pela literatura que considere relevante sobre fenómenos de saúde e doença em antropologia, seguida de literatura sobre estrutura e transformação social e por fim literatura sobre estigma e discriminação em relação ao VIH e SIDA.

2.1. Fenómenos de saúde e doença

Quanto a literatura sobre fenómenos de saúde e doença, retomo o desenvolvimento da abordagem interpretativista, cujas discussões foram caracterizadas pela abordagem da saúde e da doença, não só como consequência de factores económicos/sociais ou como processo biológico/corporal, como também interpretam a doença como um produto culturalmente determinado (Lagdon, 1995 e Caprara, 2003). Nas referidas discussões doença é caracterizada como processo dinâmico, e como afirma Staiano⁵ citado por Lagdon (1995:15) “a doença é um processo que requer interpretação e acção no meio sociocultural.”

Ainda, enfatizando a doença como processo dinâmico, Lagdon (1995), refere que ao emergir da interacção dos actores sociais, a cultura é vista como uma expressão humana frente a realidade, uma construção simbólica do mundo sempre em transformação e a doença é vista como uma construção sociocultural⁶.

⁵ STAIANO, K. (1981) *Alternative Therapeutic Systems in Belize : A Semiotic Framework*, Social Science and Medicine, 15B: 317-332

⁶ A cultura para Caprara (2003) é vista como um conjunto de ideias, conceitos, regras, comportamentos compartilhados em um determinado grupo cultural, esta organiza o comportamento dos indivíduos de maneira diversa nas diferentes sociedades.

No âmbito das discussões da doença como um produto social e culturalmente determinado, Kleinman⁷, segundo Coelho et al (2002), ressaltou a existência de três dimensões da doença *disease, illness e sickness*, onde *disease* expressa a realidade biológica da doença de acordo com a concepção biomédica, *illness* enfatiza a experiência, a percepção e a reacção social a ela e *sickness* diz respeito ao processo através do qual os signos biológicos e comportamentos e os significados culturais e pessoais são socializados.

Com base na formulação das três categorias de análise acima, Kleinman criticou o pressuposto da universalidade em torno das percepções sobre saúde e doença, afirmando a sua determinação cultural por meio de um sistema de saúde, propondo a existência de diferentes modelos explicativos para o curso e o tratamento das doenças, que são socialmente construídas (Coelho et al, 2002). Ainda segundo Coelho et al , considerando que o significado da doença é construído por vários autores por meio de múltiplas narrativas, Good⁸ introduziu a noção de rede semântica, onde as redes semânticas são estruturas profundas que ligam a concepção da saúde e doença a valores culturais de uma sociedade.

Com base no pressuposto de que a doença é um produto social e culturalmente determinado, Uchôa e Vidal (1994), defendem que Good e Kleinman, nas suas análises, ao questionarem o naturalismo das interpretações biomédicas, privilegiando as formas de pensar e agir diante da doença dão espaço para que se faça o reconhecimento e análise dos processos culturais que interagem na construção das representações e comportamentos em saúde.

Para reforçar a noção de rede semântica, Bibeau⁹ e Corin, segundo Coelho et al (2002), defenderam a necessidade de desenvolver uma antropologia médica capaz de superar a

⁷ KLEINMAN, A. (1986), *Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems* In CURRER et al, *Concepts of Health, Illness and Disease: A Comparative Perspective*, Marsella, Lanaington

⁸ GOOD, B. (1994), *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York, Cambridge University Press

dualidade entre a cultura e a sociedade, introduzindo para o efeito o modelo dos sistemas de signos e significados onde propõem que sejam consideradas as dimensões particulares assim como as universais do processo saúde – doença.

Neste contexto, Almeida Filho et al¹⁰, citados por Coelho et al (2002), defendem que Bibeau e Corin referem que mesmo que as formas de pensar e agir sobre as doenças sejam organizadas de acordo com padrões culturais específicos, estas podem contribuir para alterações básicas de afecto, do pensamento e do comportamento.

Ainda no âmbito dos pressupostos da abordagem interpretativista, para Caprara (2003), esta ao procurar entender o significado dos comportamentos e das acções individuais em relação a doença, concebe a cultura como produtora de estruturas simbólicas, metáforas e outros aspectos ligados a doença. Posição similar e complementar é adoptada por Birman (1991), para o qual, na abordagem interpretativista em todas as sociedades o real é transformado em uma rede simbólica de significados, base fundamental de todo o processo experiencial.

Sendo assim, com base nas análises acima, o estigma e discriminação em relação ao VIH e SIDA podem ser vistos como uma rede simbólica de significados visível, produto particular ligado ao olhar e experiências dos indivíduos em relação ao VIH e ao SIDA.

2.2. Transformação social

Sobre transformação social, começamos por apresentar autores que olham a sociedade como um lugar estruturado e onde seus membros estão ligados por laços suficientemente definidos chamados de relações, e o comportamento destes, é influenciado pelo processo social. É neste contexto que Virton (1979), define a sociedade como um lugar estruturado

⁹ BIBEAU, G. (1988) *A step Toward Thick Thinking: From Webs of Significance to Connections Across Dimensions*, Medical Anthropology Quarterly, nº 2, pp- 402-16

¹⁰ ALMEIDA et al (1997) *Sign, Meanings, and Practices in Mental Health: Part 1, Methodological Application, The Bahia Study*, Unpublished Report

onde seus membros estão ligados uns aos outros por laços suficientemente definidos, que podem ser chamados de relações e que podem ser organizadas voluntariamente ou espontaneamente.

Para Virton, na estrutura há uma autêntica ordenação das partes num todo e uma interdependência das mesmas. O grupo tem que ser considerado pelas relações que desenvolve que são consequência da atitude dos seus membros e pelas funções de cada membro.

De modo complementar à posição de Virton, Radcliffe-Brown (1989) utilizou o termo estrutura para designar a rede de relações sociais, que são determinadas pelo processo social. Para Radcliffe-Brown, o processo social consiste numa diversidade de acções e interacções entre os seres humanos. Entretanto, durante o processo de interacção os indivíduos ao agirem individualmente ou em conjunto com outros indivíduos ou grupos de indivíduos, conferem ao processo social um aspecto dinâmico.

Face as particularidades do processo social, acima referenciadas, segundo Silva (s/d), estão criadas condições para a ocorrência ou possibilidade de ocorrência de transformações, de maior ou menor dimensão nas estruturas ou nas práticas sociais. De forma complementar, para Gune (2001), as mudanças nas práticas individuais não dependem exclusivamente da sua vontade, sendo condicionadas por vários factores alheios aos próprios indivíduos, nomeadamente a difusão da informação e estabelecimento de relações entre os indivíduos.

Percebendo os modelos envolventes na estrutura e que lhe conferem um aspecto dinâmico, podemos reunir elementos para compreender em que medida o estigma e discriminação ligado ao VIH e SIDA podem advir das dinâmicas processuais do contexto social.

2.3. Estigma e discriminação em relação ao VIH e SIDA

Quanto as abordagens sobre estigma e discriminação, ONUSIDA (2002) e Navigandi (2002), referem que desde que o SIDA apareceu como doença, no início dos anos 80, demonstrou ser inicialmente uma doença resultante da fraqueza dos vínculos familiares, dos valores sociais liberais e da degradação moral. Para os referidos autores, isso tem a ver com o facto de as pessoas então identificadas como portadoras do VIH e do SIDA, no âmbito dos mecanismos de controle e prevenção, serem homossexuais masculinos norte americanos, consumidores de drogas injectáveis, hemofílicos e haitianos, e estes últimos que estariam disseminando o VIH para os Estados Unidos através do seu relacionamento com norte-americanos.

Assim a análise e controle do VIH e do SIDA era restrita a nível de grupos e de categorias sociais específicos, sobre os quais recaiam acções como não doar sangue, não manter relações sexuais, não usar drogas injectáveis, segundo Ayres et al (1999). Este facto para além de “obrigar” os referidos grupos à mudança de comportamentos, demonstrou ser sobre estes um factor de estigma e discriminação, como afirma Navigandi (2002).

Neste contexto a noção de grupo de risco ou de comportamentos de risco, emergiu de modo a catalogar as pessoas potenciais ou efectivas portadoras da doença e seus comportamentos, segundo Vieira et al (2003) e Crawford (1994). De modo complementar Knauth (1996), afirma que para além do VIH e SIDA estarem associados a noção de grupo de risco, estes tem uma relação directa com a morte, o que para Crawford (1994), Helman¹¹ e Singer¹² citados por Vieira et al, faz com que o VIH e SIDA seja percebida como uma doença do “outro” ou reservada a determinadas categorias sociais e visto como algo distante das pessoas “normais”.

¹¹ HELMAN, C. (1984) *Culture, Health and Illness*, Butterworth, Heinemann

¹² SINGER, M. (1994) *AIDS and the Health Crisis of the U. S poor: The Perspective of Critical Medical Anthropology*. Social Science and Medicine, Vol.39, nº7, Pergamon Press ple

Neste contexto, Skhosana (s/d) afirma que pelo facto do SIDA estar associado a significados culturais, pelo facto de estar associada ao sexo e ter uma ligação com a morte pode levar a redefinição de relações e representações sociais.

Em relação ao contexto moçambicano, das explicações a cerca do surgimento do VIH e do SIDA, num primeiro momento esta era associada a prostituição, ao trabalho migratório e aos camionistas de longo curso, remetendo a discussão sobre o VIH e SIDA como problema dos grupos de alto risco ou dos “outros”, segundo Matsinhe (2005). Para Matsinhe, como forma de conter a evolução da epidemia, como estratégia foram divulgadas mensagens em forma de panfletos, cartazes, na rádio e televisão, direccionadas a estas categorias sociais, o que permitiu múltiplas interpretações e constituíram as representações sobre o SIDA em Moçambique, com ênfase para a questão do sexo como perigo e associado a morte.

Neste contexto, é notória a percepção da propagação da doença aos indivíduos infectados, pelo facto de terem adoptado comportamentos considerados de risco e íntimos em relação ao VIH. Estes indivíduos, são percebidos como responsáveis e culpados pelo seu estado reforçando-se deste modo a estigmatização.

Com base na bibliografia consultada podemos destacar a doença como um processo dinâmico que requer interpretação e acção por parte dos indivíduos tendo em conta os padrões culturais do contexto em que eles estão inseridos.

Sendo a sociedade um lugar estruturado, na qual ocorrem uma diversidade de acções e interações entre os indivíduos que consiste no processo social, pelo facto da cultura ser concebida como produtora de símbolos e significados, as acções que os indivíduos desenvolvem em relação a doença contribuem para alteração dos comportamentos individuais, e para as formas de pensar e agir perante a doença como também, para a ocorrência de transformações no processo social.

Neste contexto, o estigma e discriminação podem ser vistos como processos resultantes da interpretação e construção que os indivíduos fazem em relação ao VIH e SIDA, na medida em que estes levam a redefinição das relações e representações sociais, devido a sua ligação com o sexo e com a morte, e a percepção de que está associada a comportamentos de risco de determinadas categorias sociais. Consequentemente, esta redefinição pode provocar mudanças nas estruturas e nas práticas individuais.

3. Quadro teórico

Para tratar deste tema, como premissa assumirei a sociedade como um lugar estruturado, e segundo a visão de Levi-Strauss (1974), para qual a estrutura é constituída por relações sociais e modelos construídos sobre elas. Para Levi-Strauss, estes modelos têm característica de sistema, na medida em que, qualquer modificação a um dos seus elementos cria condições para que outros sejam modificados.

Articularei a noção de estrutura social com a de mudança social na perspectiva de Lewin citado por Fischer (1992). Segundo Lewin a mudança é encarada como mudança de atitude, e que o comportamento individual é influenciado pelas percepções e normas culturais que em determinadas situações podem ser modificadas. Para Lewin, as percepções e normas são expressas pela informação que os indivíduos dispõem de uma situação ou acontecimento.

Privilegio a abordagem interpretativista que procura articular a cultura e doença, entendendo a doença, como um modelo explicativo, segundo Abric¹³, citado por Gomes et al (2004) e Gomes et al (2002). Para Abric, esta abordagem procura mostrar como os significados e práticas interpretativas interagem como processos sociais para produzir formas e trajetórias distintas da doença.

Assim, nos estudos sobre as representações sociais de saúde e doença é constituído um sistema que favorece a interpretação da realidade que permite a interação dos indivíduos com o meio social no qual estão inseridos, influenciando seus comportamentos e práticas, segundo Abric, citado por Gomes et al (2004). Para Gomes et al (2002), a cultura é vista como uma realidade dinâmica resultante da construção, interpretação e significados que os indivíduos atribuem as suas ações.

¹³ ABRIC, J. C. (2001) *Práticas Sociais y Representaciones*, Ediciones Coyoacan, México

De modo complementar, para fazer uma análise do modelo explicativo, Kleinman¹⁴, dá ênfase aos episódios de doença, e como justificação diz que estes permitem abordar numa forma sistemática, o conjunto de valores, crenças e normas de condutas predominantes no campo da saúde. Para Kleinman a compreensão dos modelos explicativos facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles.

3.1. Conceitos

Para a operacionalização do presente trabalho e tendo em conta os objectivos apresento os seguintes conceitos estrutura social, relações sociais, transformação social, representações sociais, estigma e discriminação.

3.1.1. Relações Sociais

Weber (1995), define relação social como um comportamento de vários indivíduos, mas com carácter recíproco, o que significa que cada indivíduo age em relação ao outro, esperando que a sua acção venha a ser correspondida. Portanto, para Weber, uma relação social pode ser permanente se a acção individual for continuamente correspondida ou transitória, caso não seja correspondida ou se for rompida.

Para este trabalho relação social é definida como um comportamento de vários indivíduos, mas com carácter recíproco, o que significa que cada indivíduo age em relação ao outro, esperando que a sua acção venha a ser correspondida

3.1.2. Transformação social

Na discussão sobre transformação social, Rocher ¹⁵ citado por Boudon (1995), define

¹⁴ KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Cultures. An exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley/Los Angeles

transformação social como qualquer transformação observável, que afecta a estrutura ou o funcionamento de uma organização social podendo modificar o curso da sua história.

De forma complementar, Pité (1997) define transformações sociais como conjunto de alterações que são verificadas ao longo de um processo de mudança social e que atinge a estrutura social de uma sociedade.

Neste trabalho, por transformação social, entendo como um conjunto de alterações observáveis e que mudam a estrutura social de uma sociedade.

3.1.3. Representações sociais

Na discussão sobre transformação social, para Durkheim¹⁶ citado por Barata (2000), representações sociais são um conjunto de idéias, saberes e sentimentos provenientes do ambiente em que os indivíduos estão inseridos e por sua vez, estes incorporam, combinam e representam. Para Durkheim, uma vez construídas, as representações tomam-se realidades parcialmente autônomas ou até certo ponto independentes.

De modo complementar Moscovici¹⁷ citado por Barata (2000), acrescenta que a representação social também modela o que é dado pelo ambiente, a partir das relações e interações sociais que se estabelecem entre os indivíduos. Para Moscovici, a reprodução das representações é uma reconstrução do que é apreendido no contexto de valores, regras e noções do meio em que estão inseridos.

Para este trabalho, entendo por representações sociais como um conjunto de idéias, saberes apreendidos pelo ambiente, que os indivíduos incorporam no âmbito das suas inúmeras

¹⁵ ROCHER, G. (1968) *Introduction à la Sociologie Générale*. Paris, Ed.HMH

¹⁶ DURKHEIM, E. (1970) *Representações Individuais e Colectivas*. In *Sociologia e Filosofia* (E.Durkheim) pp, 15-49, Forense Universitária, Rio de Janeiro

¹⁷ MOSCOVICI, S. (1978) *A Representação Social de Psicanálise*. Zahar editores, Rio de Janeiro

ações e interações, que quando combinados e representados dão lugar a valores e regras tendo em conta o contexto no qual eles estão inseridos.

3.1.4. Estigma

Na discussão sobre estigma, Susman¹⁸ citado por Eshêr (1999), definiu estigma como qualquer traço persistente de um indivíduo ou grupo que evoca respostas negativas ou punitivas.

De forma complementar, para Goffman¹⁹ referido em ONUSIDA (2000), o estigma é um atributo depreciativo ou de descrédito possuído por alguém com uma diferença indesejada. Para Goffman, o estigma pode funcionar como um instrumento de controlo social aplicado através da marginalização, exclusão e exercício do poder sobre indivíduos a quem são atribuídas determinadas características

Para este trabalho, por estigma entendo como sendo um atributo depreciativo possuído por um indivíduo ou grupo evocando neles respostas negativas ou punitivas, que são traduzidas na marginalização, exclusão e exercício do poder sobre o mesmo indivíduo ou grupo.

3.1.5. Discriminação

Na discussão sobre discriminação, para a Fundação Getúlio Vargas (1986), esta caracteriza um tratamento desfavorável atribuído arbitrariamente a certas categorias de pessoas, uma forma de controle social que serve para manter distância social entre duas ou mais categorias de grupos, através de um conjunto de práticas mais ou menos institucionalizadas ou racionalizadas. Para a Fundação Getúlio Vargas, essas práticas são traduzidas na atribuição arbitrária de traços de inferioridade muitas vezes baseadas em razões que pouco

¹⁸ SUSMAN, J. (1994) *Disability, Stigma and Deviance*, Social Science and Medicine, Vol. 38, nº1, pp 15-22

¹⁹ GOFFMAN, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Simon and Schuster, New York

tem a ver com o comportamento real das pessoas que têm sido alvo de discriminação.

De modo complementar, para as Nações Unidas (1949), a discriminação inclui qualquer conduta baseada em razões de categorias naturais ou sociais, sem que haja menor relação com as capacidades individuais, ou com comportamento concreto da pessoa em questão.

Ainda no âmbito da discussão sobre discriminação Benny (1958), além de definir discriminação como sendo um tratamento diferencial conferido a indivíduos pelo facto de pertencerem a determinada categoria ou grupo, esta consiste em isolar os grupos em questão, assim como limitar o contacto e a comunicação entre eles.

Neste contexto, para este trabalho, por discriminação entendo como sendo tratamento diferencial e uma forma de controle social para manter distância em relação a determinados indivíduos pelo facto de serem percebidos como fazendo parte de determinada categoria social ou grupo.

4. Metodologia

O trabalho foi feito em três fases distintas a saber. Na primeira fase, foi feita a pesquisa documental e bibliográfica. Na segunda fase foi feita a recolha de dados e na terceira fase foi feita a análise e interpretação dos dados recolhidos em confrontação com a literatura consultada.

Na fase da pesquisa documental e bibliográfica, explorei fontes primárias, que consistiram em documentos oficiais (relatórios), fontes orais e fontes secundárias, que consistiram em obras sobre o tema a tratar, artigos e outros trabalhos académicos, disponíveis nas bibliotecas do Ministério da Saúde (MISAU), da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLECS), do Departamento de Arqueologia e Antropologia, do Centro de Estudos Africanos (CEA), estas três últimas instituições da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), da MONASO e Kindlimuka. Consultei, ainda, alguns artigos recolhidos na internet.

Para a presente trabalho, usei a perspectiva qualitativa, o método etnográfico e histórico. Na adopção do método histórico, para Lakatos e Marconi (1999) é seguida a ideia de Boas que defende que este método consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência em sociedades actuais, pois estas sociedades alcançaram a sua actual forma através de alterações que as suas partes componentes sofreram ao longo do tempo. Para Boas, estas alterações foram influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época.

Na fase da recolha de dados, que consistiu no trabalho de campo, na cidade de Maputo com duração de 15 dias, como técnica de recolha de dados, privilegiei entrevistas semi-estruturadas, combinadas com conversas informais. Inicialmente havia previsto entrevistar 30 indivíduos, divididos em três extractos, sendo o primeiro extracto composto por pessoas que assumo não estarem infectadas, por sua vez subdivididas em dois grupos. Um grupo, com referência antes de 2000, composto por pessoas com pelo menos 40 anos e que tinham

21 anos em 1986, e outro, com referência depois de 2000, composto por pessoas com pelo menos 26 anos, que em 2000 tinham pelo menos 21 anos. O segundo extracto composto por dois grupos. Um grupo de pessoas que participaram na elaboração dos Planos antes de 2000 e outro grupo de pessoas que participaram na elaboração dos Planos a partir de 2000 ou depois de 2000. E o terceiro extracto de pessoas que vivem com o VIH e SIDA, também composto por dois grupos. Um grupo de pessoas que soube que estava infectado antes de 2000 e outro grupo de pessoas que soube que estava infectado depois de 2000.

Ao optar por estes grupos, pretendia perceber a evolução dos processos que condicionaram o estigma e discriminação no contexto do VIH e do SIDA.

Contudo, realizei apenas treze entrevistas. Com os indivíduos do primeiro extracto, com referência antes de 2000 e com referência depois de 2000, realizei doze entrevistas. De referir que para este grupo usei pseudónimos, porque na altura das entrevistas não combinei com as pessoas em usar os seus nomes verdadeiros. Com o segundo extracto, de pessoas que participaram na elaboração dos Planos antes de 2000 e depois de 2000, as entrevistas não foram realizadas porque estas, nunca estiveram disponíveis mesmo com entrevistas pré-programadas. Com o terceiro extracto, de pessoas que souberam que estavam infectadas antes de 2000 e das que souberam depois de 2000, realizei apenas uma entrevista porque outros condicionavam as entrevistas à pagamentos de quantias por vezes altas, justificando que estavam a ser explorados, pelo facto de estarem a viver com o VIH. O indivíduo entrevistado soube que estava infectado antes de 2000 e como não combinei com este de usar o nome verdadeiro, também, usei pseudónimo.

Na última fase, analisei e interpretei os dados recolhidos em confrontação com as fontes bibliográficas, privilegiei a análise qualitativa dos dados, através da descrição e interpretação da informação proveniente das entrevistas, confrontada com a literatura consultada.

5. Resultados

Apresento os resultados do estudo em 4 partes. Na primeira parte, apresento a caracterização do local de estudo. Na segunda parte, apresento as percepções e representações sociais acerca do HIV e do SIDA. Na terceira parte, apresento processos de transformação social que geraram estigma e discriminação em relação aos portadores do VIH e doentes do SIDA e na quarta parte, apresento factores cognitivos que condicionam a transformação social com referência ao estigma e a discriminação.

5.1. Caracterização



Segundo Mataruca (2004), a cidade de Maputo, capital da República de Moçambique está localizada a sul entre as latitudes 25°49'09", a Norte e 26°05'23" no extremo Sul, e entre os extremos de 33°00'00" Este e 32°26'15" Oeste de Longitude. Para Mataruca, a Cidade de Maputo, faz, a Norte, fronteira com o distrito de Marracuene, a Oeste com a Cidade da Matola, a Sul com o distrito de Matutuine, e a Este com a Baía de Maputo, no Oceano Índico.

Ainda segundo Mataruca (2004), a referida localização confere a Cidade de Maputo um lugar estratégico, como via de trânsito de pessoas e bens, facto que leva as pessoas a imigrarem para a Cidade de Maputo ou para a sua periferia a procura de melhores condições de vida, aumentando constantemente o fluxo de pessoas ou lugares de muita concentração populacional.

Segundo o CNCS (2004), as grandes obras de infra-estruturas económicas e sociais, os centros de diversão nocturna e os mercados informais caracterizados pela concentração de pessoas, na maioria mulheres, tomam o contexto da Cidade num local propício para a prática de sexo comercial e não só.

Ainda segundo o CNCS, quanto a questão do VIH e do SIDA, a Cidade de Maputo tem uma taxa de seroprevalência de 17,3% e a forma mais frequente de transmissão do VIH é por via sexual, sendo condicionada por múltiplos factores tais como, sócio económicos, com destaque para a pobreza associada ao desemprego.

Segundo o CNCS (2004), face a subida do número de pessoas infectadas, a Cidade de Maputo tem sido alvo de várias campanhas de prevenção, conduzidas por organismos tais como o Ministério da Saúde, ONG's internacionais e nacionais, associações de combate ao HIV/SIDA. Para o CNCS as mesmas campanhas são feitas com recurso a palestras, publicação de materiais gráficos impressos, programas radiofónicos, debates e mais.

5.2. Representações sociais acerca do HIV e SIDA

Quanto as representações sobre o VIH e o SIDA, os participantes com referência antes de 2000 e com referência depois de 2000, representam o SIDA como uma doença que é transmitida sexualmente, que mata e não tem cura.

Ao contrário dos entrevistados com referência depois de 2000, que tem alguma informação sobre o VIH, os entrevistados com referência antes de 2000, pouco fazem menção ao VIH porque segundo estes no primeiro momento em que obtiveram a informação sobre a doença a questão do VIH era pouco discutida.

Por exemplo, para o primeiro caso André Matola²⁰, 53 anos, com referência antes de 2000, disse,

“A primeira vez que ouvi falar de SIDA foi em 1988 e não era normal ouvir falar de VIH. Foi na rádio, estavam a debater o surgimento de uma doença chamada SIDA que é transmitida através de relações sexuais, que naquele momento não tinha cura e que podia matar quem tivesse contraído a doença”

E Sérgio David²¹, 27 anos, com referência depois de 2000 disse,

²⁰ Entrevistado no dia 1/10/05 e residente no Bairro do Chamanculo

“A primeira vez que vi alguma informação sobre o VIH e SIDA foi em panfletos, cartazes que diziam “*SIDA mata*” ou “*Evite o SIDA, protege-te*” e aconselhavam a usar preservativo, facto que me levou logo a pensar que existia uma doença que se transmite através de relações sexuais e que mata logo a pessoa que a contrair”

5.3. Transformação social, estigma e discriminação em relação ao VIH e ao SIDA

Como forma de identificar processos de transformação social que geraram o estigma e discriminação, procurei saber junto aos meus entrevistados, se acreditavam no que ouviam sobre o VIH e SIDA ou não. Para esta pergunta obtive dois tipos de resposta. Uma primeira resposta de uns, que num primeiro momento, não acreditavam porque pensavam que o surgimento do SIDA era algo inventado para amedrontar as pessoas ou porque não conheciam ninguém infectado ou doente do SIDA. A segunda resposta de outros acreditavam de imediato porque a partir do momento em que ouviam falar do SIDA eram passadas algumas imagens de pessoas infectadas e de mortes associadas a doença ou já haviam visto alguém doente de SIDA.

Por exemplo, sob o primeiro aspecto, Artur Langa²², 47 anos, com referência antes de 2000 disse,

“ A primeira vez que ouvi falar de SIDA, não acreditei muito do que se dizia, porque pensei que fosse doença de americanos, porque associavam a doença um cantor americano e além disso ainda não tinha ouvido nem visto casos de pessoas com SIDA. Quatro ou cinco anos mais tarde comecei a ouvir a rádio a falar de questões ligadas a SIDA, um tipo de DTS que mata e para não apanharmos tínhamos que usar o preservativo, que era a camisinha. Foi nessa altura que comecei acreditar, mas, só poderiam contrair a doença as prostitutas e os que tem muitos parceiros, na medida em que as mensagens divulgadas apelavam muito ao uso do preservativo e a fidelidade”

²¹ Entrevistado no dia 1/10/05 e residente no Bairro do Alto-Maé

²² Entrevistado no dia 02/10/05 e residente no Bairro da Coop

Para o caso de pessoas que acreditaram de imediato, por exemplo, João Manuel²³, de 26 anos com referência depois de 2000, disse,

“ Eu acreditei no que se dizia sobre SIDA. A primeira vez que ouvi falar de SIDA foi numa publicidade que estavam a passar na televisão. Com as coisas que a publicidade passou, deu para entender que era uma doença que mata, porque mostravam pessoas a morrer de SIDA com feridas no corpo”

Ainda, procurei saber junto aos meus entrevistados se conheciam ou ouviram falar de alguém próximo das suas relações ou não que estivesse infectada. Tendo perguntado aos participantes com referência antes de 2000 se até ao ano 2000, conheciam alguém próximo das suas relações ou não, que estivesse infectado. A maior parte destes, referiu não conhecer ninguém próximo das suas relações ou não que estivesse infectado porque pouco se falava sobre o SIDA. Por exemplo, Dalton Macaringue²⁴, de 46 anos, disse,

“Não, até a esta data, não conheci nem ouvi falar de alguém próximo das relações ou não que estivesse infectado. Só a partir de 2003 e cada ano que passa o número de colegas e vizinhos vai aumentando”

Em relação aos participantes com referência depois de 2000, a maior parte dos participantes, afirmou conhecer ou ter conhecido alguém próximo das suas relações ou não, que estivesse infectado. Em relação as pessoas não muito próximas das suas relações, importa referir que estes sabem descrever o estado das relações sociais da pessoa infectada. Por exemplo, Raquel Pelembe²⁵, de 29 anos, disse,

“Eu conheço alguém não muito próxima a mim, que está infectada. Algumas pessoas lhe tratam mal. Começaram a chamar-lhe de prostituta e deixaram de falar com ela. O namorado, além de terminar com a relação deles, deixou de falar com ela. A família não lhe dá aqueles cuidados necessários, chegando a atirar-lhe com o prato de comida, mesmo sabendo que ela está fraca”

Ainda, em relação aos entrevistados com referência depois de 2000, quando procurei saber como era o relacionamento destes com a pessoa infectada, a maior parte respondeu que era

²³ Entrevistado no dia 28/09/05 e residente no Bairro do Jardim

²⁴ Entrevistado no dia 29/09/05 e residente no Bairro da Malhangalene

²⁵ Entrevistada no dia 28/09/05 e residente no Bairro do Aeroporto

bom. Nunca mudou mesmo depois de se saber que a pessoa está infectada. Para estes, as pessoas infectadas ou doentes de SIDA são maltratados por outras pessoas. Por exemplo, Beatriz Monjane²⁶, 28 anos, disse,

“o nosso relacionamento sempre foi bom, só que algumas pessoas desconfiam e comentam “dizem que tem aquela doença”. O termo “aquela doença” significa que a doença que tem só se pode transmitir sexualmente e se ela apanhou é porque ela (...) meteu-se com muitos homens. Há pessoas, vizinhos dela costumam a dizer para eu não falar com ela, nem lhe tocar porque vou acabar doente, até dizem que estou magra, sinal de que estou a apanhar só pelo facto de conversar ou olhar pela minha tia...”

Para saber o que é que leva ao estigma e discriminação de pessoas infectadas, perguntei aos participantes com referência antes de 2000 e com referência depois de 2000, que factores é que fazem com que as pessoas sejam discriminadas. O medo da contaminação por uma doença que mata e não tem cura, foi a resposta mais comum em relação a todos os entrevistados.

Por exemplo, Jorge Magaia²⁷, seropositivo, disse,

“Depois de ficarem a saber do meu estado, as pessoas começaram a ter medo de mim ou de se aproximarem a mim. Primeiro, a pessoa que me transmitiu o vírus fugiu, e de seguida quando as pessoas começaram a reconhecer em mim sinais e sintomas de alguém com SIDA, não me queriam tocar. Os meus amigos deixaram de ir a minha casa, os meus empregados e meus filhos mais velhos me abandonaram, meus colegas de turma foram me isolando e no serviço, quando a doença já me estava a consumir, de facto, das vezes que eu pedia um favor aos meus colegas estes, na hora aceitavam mas, quando eu me ia embora não faziam o que eu pedia criando condições para que eu não cumprisse com as minhas metas e ficasse lesado. As diferenças que comecei a sofrer eram devido ao mito do SIDA de uma doença de transmissão sexual, que mata e não tem cura”

²⁶ Entrevistada no dia 29/09/05 e residente no Bairro da Maxaquene

²⁷ Entrevistado no dia 8/10/05 e residente no Bairro da Polana

E como forma de saber se a discriminação surgiu ao mesmo tempo com o SIDA, junto aos entrevistados com referência antes de 2000, procurei saber se até ao ano 2000 as pessoas eram discriminadas. Para a maioria dos entrevistados, a discriminação no geral sempre existiu. Mas, em relação ao VIH e SIDA, só começou a ganhar corpo depois de 2000, porque, apesar das pessoas infectadas serem discriminadas, não havia divulgação ou reportagem sobre o assunto ou não tinham conhecimento de existência de pessoas infectadas. Por exemplo, Dalton Macaringue, de 46 anos, disse,

“ A discriminação sempre existiu, mas até ao ano 2000 não se falava muito de discriminação em relação VIH e SIDA. Mas, poderia até haver casos de discriminação, só que não eram divulgados”

5.4. . Factores cognitivos, transformação social, estigma e discriminação

Como forma de identificar os factores cognitivos que condicionam a transformação social, procurei saber junto aos meus entrevistados como é que eles identificavam alguém com VIH ou SIDA ou como é que eles chegavam a conclusão de que uma pessoa está infectada.

Para esta pergunta obtive três tipos de respostas. O primeiro tipo de resposta de pessoas que referiram que era preciso fazer um teste, principalmente os participantes com referência depois de 2000. O segundo tipo de resposta de pessoas que referiram que quando uma pessoa apresenta sintomas como emagrecimento, borbulhas, queda de cabelo, problemas persistentes da pele, diarreias, tosse persistente e até feridas no corpo, esta pode ter SIDA. O terceiro tipo de resposta de pessoas que referiram que apesar de alguém apresentar sintomas já descritos, para se ter mesmo certeza é necessário fazer-se um teste como forma de confirmar.

Por exemplo, para o primeiro caso, Sérgio David²⁸, 27 anos, com referência depois de 2000, disse,

²⁸ Entrevistado no dia 1/10/05 e residente no Bairro do Alto Maé

“...para saber se está infectado é preciso fazer teste”,

Para o segundo caso, Lina Domingos²⁹, 56 anos, do com referência antes de 2000, disse,

“ ...diarreias constantes, borbulhas e emagrecimento são sintomas que levam a pensar que alguém está infectado”

E para o terceiro caso, Hilária Adriano³⁰, 50 anos, do com referência antes de 2000, disse,

“Para saber se a pessoa está infectada é preciso fazer teste mas, eu acho que há determinados sintomas que dão indícios de que uma pessoa está infectada, alguns problemas persistente de pele, acompanhados de emagrecimento, queda de cabelo, palidez da pele, tosse, doenças sucessivas quer dizer, a pessoa nunca chega a estar saudável”.

Como forma de saber se estava infectado ou não, Jorge Magaia, disse,

“...após de me aperceber de um fenómeno³¹ que estava a ocorrer comigo e a partir das manifestações do mesmo, fui ao médico e pedi para fazer o teste. Na altura o médico me achou louco porque eu era atleta e muito forte”

Procurei, também, saber junto aos meus entrevistados onde obtiveram informação sobre o SIDA e que tipos de informação obtiveram. Todos, os com referência antes de 2000 assim como os com referência depois de 2000, apontaram para obtenção da informação sobre o VIH e SIDA diferentes tipos de canais como a televisão, rádio, panfletos, cartazes, jornais e revistas, cujas mensagens eram divulgadas no âmbito das campanhas de prevenção e luta contra o SIDA.

²⁹ Entrevistada no dia 28/09/05 e residente no Bairro do Chamanculo

³⁰ Entrevistada no dia 1/10/05 e residente no Bairro da sommerchield

³¹ O entrevistado preferiu não descrever nem caracterizar o fenómeno que o levou a fazer o teste do VIH

Por exemplo, Samuel Gonçalves³², de 61 anos, com referência antes de 2000, disse,

“um pouco mais tarde, em 1989 (...) quase toda a imprensa moçambicana, a rádio, a televisão, os jornais, começou a divulgar a existência de uma doença chamada SIDA que se contraía através de relações sexuais (...) nos jornais a informação era dada no espaço recreio e divulgação e aparecia uma figura de dois negros com inscrição *AIDS KILL*”,

Artur Langa, 47 anos, com referência antes de 2000, disse,

“ (...) comecei a ouvir a rádio a falar de questões ligadas ao SIDA (...) via também, panfletos que nos alertavam sobre a existência do SIDA e nos convidavam a pensar na vida, lembro-me de dois tipos de cartazes (...)”*pense na vida...evite o SIDA*” e *“ame e seja feliz...proteja-te do SIDA...tenha só um parceiro sexual”*, o que me levou a pensar que estávamos diante de uma doença que mata”.

e Diara Ferreira³³, de 28 anos, com referência depois de 2000, disse,

“Ouvi na rádio, televisão que SIDA era uma doença de transmissão sexual (...) vi também em panfletos, dizeres como *“SIDA mata”* ou *“Evite o SIDA, proteja-te”* e aconselhavam o uso do preservativo”.

³² Entrevistado no dia 29/09/05 e residente no Bairro Central

³³ Entrevistada no dia 29/09/05 e residente no Bairro da Polana

6. Discussão

Passarei à interpretação dos dados obtidos no trabalho de campo, em três partes.

6.1. Representações sociais acerca do VIH e SIDA

Constatee que as pessoas representam o SIDA como uma doença que é transmitida sexualmente, que não tem cura e mata. Esta representação foi construída com base na informação que lhes era transmitida, no âmbito das campanhas de prevenção ao VIH e SIDA, e com base na informação trocada a partir das relações que os indivíduos desenvolviam uns com os outros. Esta visão legitima a posição de Langdon (1995), Coelho et al (2002) e Almeida Filho et al (1997), quando afirmam que a construção da doença emerge da interacção dos autores sociais e o seu significado é construído por meio de múltiplas narrativas. Para os autores as representações da doença influenciam o comportamento, o pensamento e o afecto dos indivíduos.

Apesar das pessoas estarem submetidas a um processo de construção, o mesmo não leva necessariamente as pessoas a estigmatizarem ou discriminarem. Neste contexto, o estigma e a discriminação são acções particulares a cada indivíduo, tendo em conta a experiência ou a forma como eles olham para os aspectos ligados ao VIH e SIDA.

6.2. Transformação social, estigma e a discriminação em relação ao VIH e ao SIDA

Apesar das mensagens que eram veiculadas sobre a existência do SIDA, estarem ligadas a morte e fazerem destaque ao sexo como uma via importante de transmissão, de acordo com as representações dos meus entrevistados, num primeiro momento as pessoas não acreditavam na existência da doença, pelo facto de não terem vivenciado casos de pessoas infectadas ou mortes ligadas ao SIDA, dentro do contexto social em que estavam inseridos.

Para os entrevistados, a não existência de mortes ligadas ao SIDA faziam com que as pessoas não fossem discriminadas.

Com o passar do tempo, foram surgindo transformações em relação ao conhecimento que as pessoas tinham sobre o VIH e o SIDA, pois começando a acreditar, o discurso sobre o SIDA serviu para agudizar os conflitos pré-existentes.

Numa outra perspectiva, posso afirmar que a forma como a informação relativamente ao VIH e SIDA era transmitida propiciou ao estigma e discriminação em relação ao VIH e SIDA. Querendo dizer, contudo, que as mensagens transmitidas eram apropriadas pelas pessoas, alteravam a forma como as pessoas interagiam com as pessoas infectadas, resultando numa redefinição das relações sociais. As relações sociais mudaram passando, entretanto, a haver estigma e discriminação. Neste contexto, as pessoas infectadas começaram a ser afastadas do seu meio de relações, isoladas e até maltratadas.

Como forma de sustentar esta posição, João Manuel disse,

“A minha empregada tem uma prima doente, cuja tia trata-lhe mal, põe-lhe a dormir no chão quando não está mais ninguém em casa, não lhe dá comida e as vezes não lhe dá medicamentos. Chama-lhe de prostituta porque ela era amante de um senhor que se julga ter morrido de SIDA.”

Em suma, as mudanças que se verificaram no conhecimento e comportamento das pessoas foram originadas pelo gradual aparecimento de símbolos, figuras ou sintomas ligados a doença. Esta visão legitima a posição de Gune (2001) e Silva (s/d), de que no contexto de interacção entre os indivíduos podem estar criadas as condições para que ocorram mudanças nas estruturas sociais e práticas sociais dos indivíduos.

6.3. Factores cognitivos, transformação social, estigma e discriminação

Como forma de identificar pessoas infectadas ou doentes do SIDA, as pessoas apontam para sintomas como emagrecimento, borbulhas, queda de cabelo, problemas persistentes de pele, diarreias, tosse persistente e feridas no corpo. Estes sintomas foram apreendidos nas mensagens que eram divulgadas no âmbito de prevenção e luta contra o SIDA e eram divulgadas em canais como televisão, rádio, panfletos, cartazes e jornais. Esta visão legitima a posição de Matsinhe (2005), a de que como forma de conter a evolução da

epidemia, como estratégias foram divulgadas mensagens em forma de panfletos, cartazes, na rádio e televisão direccionadas a categorias sociais como prostitutas, trabalhadores emigrantes e camionistas de longo curso, com ênfase para a questão de sexo como perigo e associado a morte permitiu múltiplas interpretações e constituíram representações sobre SIDA em Moçambique.

7. Considerações finais

Em Moçambique, no cenário das discussões em torno das acções para o controle do VIH e SIDA, além do não uso do preservativo nas relações sexuais, muitos parceiros sexuais e transfusões sanguíneas, a partir de 2000 as questões sobre o estigma e discriminação começaram a fazer parte do role dos obstáculos a prevenção e luta contra o VIH e SIDA.

Neste contexto, concentrei o trabalho em torno das transformações sociais que tornaram possível o surgimento do estigma e discriminação no contexto do VIH e do SIDA. Para o efeito, propus-me analisar processos de transformação social tendo como referência o estigma e discriminação no contexto do VIH e do SIDA. Especificamente, identificar percepções e representações sociais acerca do VIH e do SIDA; descrever processos de transformação social com referência ao estigma e discriminação e; identificar factores cognitivos que condicionaram a transformação social com referência ao estigma e discriminação.

A partir do trabalho de campo, as pessoas representam o SIDA como uma doença que se transmite sexualmente, que não tem cura e mata. Esta representação foi construída com base na informação que lhes era transmitida, no âmbito das campanhas de prevenção e luta ao SIDA e com base na troca de informação entre os indivíduos no âmbito do desenvolvimento das suas relações sociais dentro e fora do país.

Apesar das mensagens veiculadas sobre a existência do SIDA, estarem ligadas a morte e fazerem destaque ao sexo como uma via importante de transmissão, de acordo com as representações dos meus entrevistados, num primeiro momento dificilmente as pessoas acreditavam na existência da doença, pelo facto de não terem vivenciado casos de pessoas infectadas ou mortes ligadas ao SIDA, dentro do contexto social em que estavam inseridos.

Para os entrevistados, a não existência de mortes associadas ao SIDA fazia com que na base dos discursos existentes sobre a doença as pessoas não fossem discriminadas com referência ao VIH e SIDA.

Com o passar do tempo, com as transformações que foram surgindo em relação ao conhecimento que as pessoas tinham sobre o VIH e o SIDA, levando-as a acreditar, o discurso sobre o SIDA serviu para agudizar os conflitos pré-existentes.

Por exemplo, Moçambique foi submetido a um Programa de Reajustamento Estrutural, e como consequência o nível de desemprego subiu e os conflitos familiares se agudizaram, o que fez com que as pessoas começassem a arranjar novas formas de sobrevivência.

Uma destas formas foi a prostituição, onde muitas jovens encontravam nela uma forma mais fácil de ganhar dinheiro de modo a se sustentarem e sustentar a suas famílias, de modo a satisfazerem as suas necessidades os jovens tinham vários parceiros sexuais. Algumas famílias foram se desintegrando, o que para muitos jovens causava frustração, facto que uns preferiram consumir drogas. Portanto algumas pessoas foram adoptando comportamentos não aceitáveis pela sociedade que os tornava então marginais

Neste contexto, o papel das mensagens e na medida em que o discurso sobre o SIDA foi avançando, as pessoas foram associando os grupos com os quais já vinham conflituando com os sinais que vinham reconhecendo, tais como emagrecimento, borbulhas, queda de cabelo, problemas persistentes de pele, diarreias, tosse persistente e feridas no corpo, o que serviu para marginalizar ainda mais os grupos já marginalizados.

Como forma de tomarem uma posição face ao estigma e discriminação, uns preferem ficar isolados e outros procuram fazer recurso da sua condição de estigmatizados e discriminados como mais valia para ganharem ou acederem a recursos adicionais. Por exemplo, o destaque vai para os indivíduos que cobraram algum valor para serem entrevistados.

Importa referir que apesar das pessoas estarem submetidas a um processo de construção, o mesmo não leva necessariamente as pessoas a estigmatizarem ou discriminarem. Neste contexto, o estigma e a discriminação podem ser vistos como acções particulares a cada indivíduo, tendo em conta a experiência ou a forma como eles olham para os aspectos ligados ao VIH e SIDA, e as relações prévias com as quais ligam aos indivíduos.

Os dados recolhidos são complementares com as constatações feitas por Langdon (1995), Coelho et al (2002) e Almeida Filho et al (1997), quando afirmam que a construção da doença emerge da interacção dos autores sociais e seu significado é construído por meio de múltiplas narrativas. Para Langdon, Coelho et al e Almeida Filho et al, as representações da doença influenciam o comportamento, o pensamento e o afecto dos indivíduos.

Além da interacção entre os indivíduos influenciar na construção e representação social das doenças, para Gune (2002) e Silva (s/d), no contexto de interacção entre os indivíduos podem estar criadas condições para que ocorram mudanças nas estruturas sociais e práticas sociais ou individuais. Portanto, o estigma e discriminação podem ser vistos como resultantes de uma interpretação e construção que os indivíduos fazem em relação ao VIH e SIDA.

Como o presente trabalho é de carácter exploratório, espero em pesquisas futuras abordar a questão sobre os processos de transformação social que contribuíram para a agudização do estigma e discriminação com maior profundidade. Como forma de aprofundar mais a questão, pretendo procurar entrar em contacto com as pessoas que não estiveram disponível, nomeadamente as pessoas vivendo com o VIH ou SIDA e com os que participaram na elaboração dos Planos e procurar ter acesso ao material necessário para realizar o trabalho que consiste em mensagens que eram divulgadas na rádio e na televisão. E como algumas pessoas que vivem com o VIH e SIDA se reapropriam da sua condição de estigmatizados e discriminados como forma de ganhar ou aceder recursos adicionais este, também será um aspecto por aprofundar em análises posteriores.

8. Fontes

8.1. Bibliográficas

AYRES, J; JÚNIOR, I; CALAZANS, G & FILHO, H. *Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de AIDS*. In BARBOSA, M. R e PARKER, R (1999) *Sexualidade pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder*, Editora 34, São Paulo

BARATA, R.B & BRICENO-LEON, R. (2000) *Doenças Endêmicas: Abordagens culturais e comportamentos*, Fiocruz, Rio de Janeiro

BENNY, B. (1958) *Race and Ethnic Relations*. Houghton Mifflin, Boston

BIRMAN, J. (1991) *Interpretação e Representação na Saúde Colectiva*. Physis, S/L

BOTTOMORE, T. (1977). *Estrutura e História*. In BLAU, P (Org). *Introdução ao Estudo da Estrutura Social*, Zahar, Rio de Janeiro

BOUDON, R. (1995). *Tratado de Sociologia*. Edições Asa, Porto

CAPRARA, A. (2003) *Uma Abordagem Hermenêutica da Relação Saúde-Doença*, Caderno de Saúde Pública, vol 19, nº4, Rio de Janeiro

COELHO et al (2002) *Conceitos de Saúde em Discursos Contemporâneos de Referência Científica: História, Ciência, Saúde*, Vol.9, Rio de Janeiro

CRAWFORD, R. (1994) *The Boundaries of the Self and the Unhealthy*, Social Science and Medicine, Vol.38, nº10

Dicionário de Ciências Sociais (1986) Editora da Fundação Getúlio Vargas

ESHÊR, A.F.S.C. (1999) *AIDS na Marinha: Vivendo o Fim de Uma Carreira*, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública

FISCHER, G. N. (1992) *A Dinâmica Social: Violência, Poder, Mudança*, Planeta Editora, Lisboa

GOMES, A et al (2004) *Psicologia: Teoria e Prática*, Edição especial, Rio de Janeiro, consultado em <http://www.google.com/search?q=cache:mwDwo-v9QwIj.www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/ee2004-art6.pdf+Estrutura+social+e+estigma+e+discriminacao+em+relacao+a+AIDS&hl=pt-Br&ie=UTF-8> 29 Março 2004

GOMES, R et al (2002) *As Representações Sociais e a Experiência da Doença*. Cadernos de Saúde Pública, 18 (5), 1207-1214, Rio de Janeiro

GUNE, E. *O Papel da Cultura na Prevenção do VIH em Moçambique 1987-1999*, Maputo. Tese de Licenciatura em Antropologia, Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais da UEM, 2001

KNAUTH, D. R. *Subjectividade feminina e soroposividade*. In BARBOSA, M. R., PARKER, R (1999) *Sexualidade pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder*, Editora 34, São Paulo

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. (1991) *Fundamentos de Metodologia Científica*, 3ª ed, Atlas Editora, São Paulo

LANGDON, E. J. (1995) *A Doença Como Experiência: A Construção da Doença e Seu Desafio Para a Prática Médica*. Saúde em debate. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, São Paulo

MATARUCA, I. *Quotidiano Espacial do Roubo e do Furto na Cidade de Maputo*. Tese de Licenciatura em Geografia, UEM, 2004

MATSINHE, C. (2005) *Tábula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana contra o HIV/SIDA*, Texto Editores, Maputo

MINAYO, M. C. S. (2001) *Estrutura e Sujeito, Determinismo e Protagonismo Histórico: Uma Reflexão Sobre a Praxis de Saúde Colectiva*, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

NAVIGANDI, J. (2002) *Aids e Direitos Humanos*, Teresina, consultado em <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=1875>> 29 de Março de 2004

ONUSIDA (2000) *Estigmatização, Discriminação e Rejeição Relacionadas Com HIV/SIDA: Formas, Contextos e Determinantes*

PITÉ, J. (1997). *Dicionário Breve de Sociologia*. Editorial Presença, Lisboa

RADCLIFFE-BROWN (1989) *Estrutura e Função nas Sociedades Primitivas*, Edições 70, Lisboa

SILVA, A.S. (1992) *Alguns Temas Para Pensar a Mudança Social*, Faculdade de Economia do Porto, Porto

SKHOSANA, N. (s/d) *HIV/AIDS: The Lived Experience of the People Behind the Statistic*, School of Public Health and Family Medicine, South Africa

UCHÔA, E & VIDAL, J.M.(1994). *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos Para Uma Abordagem de Saúde e da Doença*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro

VIEIRA et al (2002) *Comportamentos de Risco em Mulheres Portuguesas: Percepção do Risco, Crenças e Atitudes Face a Transmissão do HIV/SIDA Através das Relações Sexuais*, Associação Lusófona, Portugal

VIRTON, P. (1979) *Os Dinamismos Sociais: Iniciação à Sociologia*, 3ª Edição, Moraes Editores

WEBER, M. (1995) *Metodologia das Ciências Sociais, Parte 2*, 2ª Edição, Editora da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo

8.2. Documentais

CNCS (2004) *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2005-2009: Análise da Situação*, Maputo

MISAU (1988) *Programa Nacional de Combate à SIDA 1988-1990*, INDE, Maputo

MISAU (1990) *Programa Nacional de Combate ao SIDA 1990-1991: Plano Operacional*, Maputo (Março de 1990)

MISAU (2000) *Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000-2002: Integração, Qualidade e Abrigência*, Maputo

MISAU (2004) *Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA 2004-2008: Sector Saúde*, Maputo (Março de 2004)

Publicações das Nações Unidas (1949) *The Main Types and Causes of Discrimination*, Lake Success, New York

9. Anexos

9.1. Guião de entrevistas

Pessoas adultas que se pensa não estarem infectadas

Primeiro grupo

a) com pelo menos 40 anos e que tinham pelo menos 21 anos em 1986, com referência antes de 2000

- Já ouviu falar de HIV e SIDA?
- O quê ouviu falar?
- Quando ouviu falar?
- Em que canais ouviu falar?
- O que é que achou das coisas que ouviu falar sobre o HIV e SIDA? Porquê?
- Nesses canais, para quem eram dirigidos os programas sobre as questões ligadas ao HIV e SIDA? Quem eram as pessoas que se pensavam poder estar infectadas?
- Até ao ano 2000 conheceu ou ouviu falar de alguém das suas relações que estivesse ou esteja infectada?
- Qual era o vosso grau de relacionamento antes de saber que essa pessoa estava infectada?
- A partir do momento em que soube que essa pessoa estava infectado como é que ficou o vosso relacionamento?
- Sabe como é que essa pessoa ficou infectada?
- Conhece pessoas que não sendo das suas relações estivesse infectado até 2000?
- O que aconteceu com ele nas relações que ele tinha com as outras pessoas?
- Acha que até 2000 as pessoas eram discriminadas? Porquê?
- Quais são os factores que fazem com que as pessoas sejam discriminadas?
- No dia a dia, como é que se chega a conclusão de que a pessoa está infectada?

Segundo grupo

b) Pessoas adultas com pelo menos 26 anos que em 2000 tinham pelo menos 21 anos, com referência depois de 2000

- Já ouviu falar de HIV e SIDA?
- O quê ouviu falar?
- Quando ouviu falar?

- Em que canais ouviu falar?
- O que é que achou das coisas que ouviu falar sobre o HIV e SIDA? Porquê?
- Nesses canais, para quem eram dirigidos os programas sobre as questões ligadas ao HIV e SIDA? Quem eram as pessoas que se pensavam poder estar infectadas?
- Conhece alguém que esteja infectado pelo HIV ou doente de SIDA?
- Como é que soube que essa pessoa estava infectada?
- Sabe como é que essa pessoa ficou infectada?
- Qual era o vosso grau de relacionamento antes de saber que essa pessoa estava infectada?
- A partir do momento em que soube que essa pessoa estava infectada como é que ficou o vosso relacionamento?
- Conhece alguém que não sendo das suas relações esteja infectada?
- Depois que ele soube que estava infectado, o que aconteceu com ele nas relações que ele tinha com as outras pessoas? Porquê?
- Conhece alguém que tenha um amigo ou parente muito próximo que esteja infectado?
- Como é que é o relacionamento dele com a pessoa infectada?
- No dia a dia, como é que se chega a conclusão de que a pessoa está infectada?

Pessoas seropositivas

- Como e quando soube que estava infectado?

Para quem soube antes de 2000 (entre 1986 a 2000) e para quem soube depois de 2000

- Fale da sua vida antes de estar infectado
- O que é que o levou a saber que estava infectado?
- Antes de estar infectado como era o seu relacionamento com as pessoas?
- Como é que as pessoas ficaram a saber que estava infectado?
- Depois de ficarem a saber como é que se portaram em relação a si?

9.2. Lista dos entrevistados

1. Arminda António, 42 anos, solteira, residente no Bairro 25 de Junho, 28/09/05
2. Lina Domingos, 56 anos, viúva, residente no Bairro do Chamanculo, 28/09/05
3. Dalton Macaringue, 46 anos, solteiro, residente no Bairro da Malhangalene, 29/09/05
4. Samuel Gonçalves, 61 anos, casado, residente no Bairro Central, 29/09/05
5. Hilária Adriano, 50 anos, casada, residente no Bairro da Sommerchild, 01/10/05
6. André Matola, 53 anos, casado, residente no Bairro do Chamanculo, 01/10/05
7. Artur Langa, 47 anos, casado, residente no Bairro da Coop, 02/10/05
8. Raquel Pelembe, 29 anos, solteira, residente no Bairro do Aeroporto, 28/09/05
9. João Manuel, 26 anos, solteiro, residente no Bairro do Jardim, 28/09/05
10. Diara Ferreira, 27 anos, solteira, residente no Bairro da Polana, 29/09/05
11. Biatriz Monjane, 28 anos, casada, residente no Bairro da Maxaquene, 29/09/05
12. Sérgio David, 27 anos, solteiro, residente no Bairro do Alto Maé, 1/10/05
13. Jorge Magaia, 50 anos, solteiro, residente no Bairro da Polana, 8/10/05