

Dondo e Maringue: Realidades Contextuais de Prevenção e Intervenção do HIV/SIDA

Ana Piedade Armindo Monteiro

Centro de Estudos Africanos – Universidade Eduardo Mondlane

Resumo

O presente artigo inspira-se na pesquisa realizada em 2007/2008 nos distritos de Dondo e Maringue, com o objectivo de perceber as razões da crescente prevalência da infecção pelo HIV em Moçambique, mesmo com o empenho realizado para sua redução pelos diferentes actores.

Como método para a pesquisa privilegiou-se etnografia: observação participante, geração de dados por si própria, entrevistas, grupos focais de discussão e narrativas foram as técnicas utilizadas na recolha de dados.

Concluiu-se que as formas de prevenção e intervenção sobre o HIV/SIDA com mais destaque são as globais/universais.

Que as práticas culturais locais que persistentemente são localmente adoptadas na prevenção não são consideradas, daí serem excluídas nas mensagens concebidas para a prevenção do HIV/SIDA. A inclusão da abordagem cultural para que as estratégias de prevenção do HIV/SIDA sejam efectivas seria uma vantagem.

Palavras-chave: HIV/SIDA, saúde pública, biomédica, práticas culturais, conhecimento local

A Prevenção do HIV/SIDA e o seu contexto em Moçambique

O HIV/SIDA constitui um problema mundial. Segundo UNAIDS (2011) cerca de 33,300 milhões de pessoas no mundo viviam com HIV/SIDA, até 2009. Os países pobres dos quais Moçambique faz parte, são os que avolumam o número de pessoas infectadas e afectadas a níveis global e regional. O HIV/SIDA é um problema de saúde, de desenvolvimento e constitui um desafio para as actuais estratégias de prevenção e intervenção. Parece ser um problema sem solução e tornar-se-á num problema terrível se as estratégias e medidas compatíveis não forem adoptadas. Tratando-se dum problema global a pandemia revela diferentes experiências nos diversos países e Moçambique não é uma excepção. Diversas experiências em diferentes países sugerem que a pandemia do HIV/SIDA não

pode ser restringida a uma única forma de intervenção, estratégias e medidas para sua prevenção, o que vale dizer que clama pela inclusão de estratégias e medidas locais que possam responder às preocupações localmente vividas. A abordagem sobre a prevenção do HIV/SIDA e o seu contexto discute questões específicas que constituem experiência única de países em desenvolvimento como é o caso de Moçambique. Em Moçambique o vírus de HIV foi primeiro detectado em 1986 na província de Cabo Delgado. Desde esse momento a informação estatística tem vindo a mostrar crescente incidência e prevalência. Se em 1999 a prevalência nacional era de 11%, esta rapidamente passou de 13,6% e 14,9% em 2002 para 16,2% em 2003 (MISAU, 2005). Em 2010 a ronda revelou uma prevalência de 11,2% (INSIDA, 2009). Contudo, e de acordo com a mesma fonte de informação a percentagem não significa o decréscimo da infecção, mas a adopção de um novo sistema de recolha de dados. A fonte indica ainda que em 2009 as estimativas de prevalência do HIV eram obtidas através da Ronda de vigilância Epidemiológica (RVE), um método que recolhia as informações em mulheres grávidas de 15-49 anos de idade (INSIDA, 2009), enquanto na actual metodologia a amostra tem em conta outros grupos populacionais.

Em Moçambique, já existe um corpus de literatura significativa sobre os factores que contribuem na disseminação do HIV. Estes têm sido expressados de forma diferenciada dentro do contexto cultural os tabus, rituais e mitos sendo indicados como influenciando negativamente na prevenção do HIV/SIDA. Alguns autores tais como Macamo (2003), Arnaldo (2003), UNAIDS (2002), Casimiro (2001), Arthur (1993), Loforte (2003) que têm conduzido pesquisas sobre a sexualidade e práticas culturais, apontam os tabus, resistência ao uso do preservativo, as percepções locais sobre saúde e doença entre outros, como factores os que contribuem na propagação do HIV/SIDA no país. A prevenção do HIV/SIDA é uma questão complexa porque visões, percepções e reacções são diferentes mesmo quando acontecem num mesmo ambiente. As noções sobre as práticas culturais são também interpretadas de forma diferente com diferentes significados, provando diferenças de perspectivas culturais nas suas intervenções.

O artigo faz parte dos resultados da pesquisa realizada em Dondo e Maringue com o objectivo de perceber as razões dos crescentes índices de prevalência mesmo em presença de múltiplas intervenções de índole internacional, nacional e local. Trata-se de um estudo etnográfico onde técnicas tais como: observação participante, geração de dados por si própria, entrevistas individuais formais e informais, grupos focais de discussão e narrativas foram as técnicas usadas na reco-

lha dos dados. ONGs nacionais e internacionais, organizações religiosas, líderes comunitários, PVHV, viúvas (os), instituições de saúde, e escolas, constituíram o grupo alvo da pesquisa.

As teorias da resistência, sócio-ecológica e conhecimento indígena foram adotadas dentro de um modelo de análise que privilegiava as dimensões social e cultural. A adoção do modelo prendia-se com o tipo da pesquisa cujo interesse centrava-se na percepção dos significados e comportamentos e atitudes naquela área em estudo. Resistência refere-se a uma rejeição aberta ou dissimulada (Scott 1985) da interpretação e adoção das formas biomédica da prevenção intervenção do HIV/SIDA. E é assim que do ponto de vista biomédico as comunidades locais fazem apelo contínuo do *shirombo*, *phiringaniso* (conceitos), *kupitakufá*, *kupitamadzwide*, *kupitamoto* e *xitonga* (rituais) e outras práticas culturais como forma de resistência. Na perspectiva cultural local as comunidades fazem o apelo aos conceitos locais para lidar com a doença em termos de prevenção e tratamento. Assim *shirombo* define o HIV e se reconhece como sendo um germe/vírus invisível a olho nu. O SIDA é definido como *phiringaniso* – SIDA/tuberculose cujo sintomas não diferem uma da outra; sendo a diarreia, a falta de apetite, o emagrecimento, o enfraquecimento do cabelo, e vômitos ensanguentados os que mais se destacam. Como se pode ver as formas de conceptualização do vírus (HIV) e da doença (SIDA) são similares nas duas abordagens, diferindo na interpretação e tratamento e isto constitui um desafio no contexto da prevenção.

As concepções, interpretações e práticas acontecem aos diferentes níveis sendo o primeiro nível e mais restrito, a família (microsistema) é o nível mais imediato no qual o indivíduo se desenvolve e se movimenta contudo, as influências acontecem também na comunidade (mesosistema) o qual compreende as inter-relações de mais pessoas que convivem o indivíduo. Contudo as influências não se limitam a estes níveis englobam também factores que integram contextos mais amplos que não incluem o indivíduo como sujeito activo (exossistema) que o nível institucional; e por último as influências tornam-se mais amplas (o macrosistema) abrangendo culturas universais, nacionais, e locais - subculturas (Bronfenbrenner 1987). De acordo com o autor estes níveis caracterizam o modelo sócio-ecológico e se particularizam depender uns dos outros e requerem uma participação e comunicação conjunta dos diferentes contextos e entre eles. Bronfenbrenner (1987) argumenta que a capacidade de formação de um sistema depende das interconexões sociais entre esses sistemas e outros. A necessidade da abordagem holística, com maior atenção à percepção das actuações a níveis inter-pessoal,

organizacional, comunidade e das políticas públicas do HIV/SIDA, são necessários para avaliar os factores que apoiam e mantêm comportamentos não saudáveis (Glanz et al 1988:351). Na perspectiva ecológica assume-se que a mudança no ambiente social pode reproduzir mudanças no indivíduo e este por sua vez pode mudar o ambiente embora essas mudanças sejam processos em alguns casos bastante longos dependendo dos interesses em causa.

HIV e SIDA Prevenção Intervenção no contexto das acções localmente desenvolvidas

Em Dondo e Maringue reconhece-se existirem diferentes actores que intervêm no âmbito da saúde, onde ONGs nacionais e internacionais, líderes comunitários, praticantes da medicina Africana, organizações de pessoas vivendo com HIV/SIDA, meios de comunicação em particular a TV, e rádio lideram o processo. Na actuação destas instituições dá-se primazia a disseminação de informação sobre formas de prevenção contra a infecção do HIV/SIDA. As acções desenvolvidas na disseminação de informação entendem-se como dando destaque a: ser fiel ao parceiro, e o uso do preservativo como as formas de prevenção que tem maior visibilidade entre os provedores de informação embora em alguns casos faça-se referência à redução do número de parceiros e ao início tardio das relações sexuais no caso dos jovens. Para os entrevistados a informação disseminada visa fundamentalmente responder às políticas nacionais sobre o HIV/SIDA sob coordenação do CNCS e a política de HIV/SIDA do Ministério de Educação em implementação nas escolas. O Facto de a abordagem advogar fidelidade ao parceiro, uso do preservativo (masculino e feminino), redução do número de parceiros sexuais, início tardio da prática de relações sexuais, o uso de microbidas, o tratamento anti-retroviral, prevenção vertical de pais para filho entre outras constitui um novo modelo cultural porque adopção destas formas implica a mudança de comportamento do indivíduo, da família, da comunidade e da sociedade como um todo. A razão de a prevenção de HIV/SIDA enfatizar a mudança de comportamento responde ao facto de se assumir que comportamento actual incentiva a propagação do HIV/SIDA influenciando nos índices de prevalência. Contudo para os entrevistados são algumas destas práticas recomendadas que acabam também por incentivar a prática sexual de forma desregada como é o caso do preservativo. Durante a pesquisa chegou-se a conclusão que o proposto

modelo constitui um desafio no contexto local e gera conflitos de culturas devido a tendência para imposição do modelo sem ter em conta as práticas locais adoptadas na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis incluindo o HIV.

Percepções e interpretações locais sobre risco de Infecção pelo HIV

Os entrevistados, tanto em Dondo como em Maringue, demonstraram conhecer as formas de prevenção contra a infecção do HIV, tanto que também se mostraram críticos sobre a forma como as actividades estão sendo implementadas. Os entrevistados indicaram haver muitas discrepâncias entre as intervenções e o conhecimento cultural local. As discrepâncias centram-se fundamentalmente na forma como as práticas culturais locais, ou seja, os rituais são percebidos e interpretados. Para os informantes este posicionamento não abrem espaço para a identificação de formas positivas adoptadas no contexto por exemplo dos rituais *kupitakufa*, *kupitamadzwide* e *kupitamoto* porque requerem sexo sem o uso do preservativo são somente percebidos como vectores de disseminação do HIV/SIDA. Deste modo a análise que se faz é de se olhar para as práticas culturais locais como algo estático, descurando-se o facto de elas serem dinâmicas e adaptativas de acordo com os problemas que a sociedade experimenta no momento como é o caso do HIV/SIDA. Práticas tais como *xitonga* (ritual com raízes e folhas recomendadas pelo praticante da medicina africana) com o mesmo significado e importância que a limpeza e purificação feita através da relação sexual; ou prática da relação sexual por um casal familiar do viúvo (a) em cumprimento do ritual também com o mesmo significado e valor como se a relação tivesse sido realizada com a (o) visada (o) são práticas que são uma valia na prevenção. O “silêncio” que se relata ser dominante na relação pais e filhos inibindo a discussão aberta sobre os comportamentos sexuais não responsáveis no crescente índice de prevalência do HIV/SIDA. Estes e outros tema foram alvo de questionamento pelos entrevistados (estudantes) desde que prevenção baseando-se na mudança de comportamento e envolvendo práticas sexuais seguras continua sendo a bandeira para redução da infecção pelo HIV principalmente nos países pobres onde o tratamento continua escasso (Davis e Waller, 1999; Donovan e Ross, 2000; Pequegnat e Stover, 2000). No entender dos entrevistados os adultos esperam ver as crianças actuarem sob os seus conselhos. No contexto do SIDA, isto é

complexo, pela ausência de espaço para discussão ou interacção entre ambos no levantamento e debate sobre questões relativos ao sexo e sexualidade o que inclui praticas culturais como um dos estudantes teria colocado:

“...os jovens têm a visão de que as práticas culturais (referindo-se aos rituais de purificação) é bastante significativo. O problema é que os nossos pais não estão educados (referindo-se a temáticas sobre prevenção do HIV/SIDA). Eles precisam de conselhos vindos por parte dos seus filhos também. É difícil quebrar o silêncio porque não há interacção no nosso seio e nós temos dificuldades em dar conselhos porque percebe-se como ofensa quando uma criança tenta questionar os adultos. (estudante num grupo de discussão, Outubro 2008)

Outros aspectos identificados prendem-se com a atitude do governo e dos meios de comunicação, em particular a TV. Localmente algumas formas de actuação do governo por um lado e da TV por outro são percebidos como actuações/ posições que exacerbam os índices de prevalência do HIV por jogar um papel duplo e conflituoso. O Governo e os meios de comunicação ao considerar que a disseminação do HIV é consequência das relações sexuais não seguras, desencorajam o comportamento de múltiplos parceiros sexuais, contudo, e em particular o governo é visto como incapaz de criar mecanismos de controlo do fenómeno da emergência descontrolada de *barracas*¹ entendidas como promotoras da prostituição. Portanto, com um papel na propagação da infecção pelo HIV. O mesmo acontece com os meios de comunicação muito em particular a TV que é descrita como dedicando muito tempo à moda, incentivando as jovens e mulheres para o uso de *'tchuna baby'*², saias curtas, vestidos que deixam expostas partes íntimas da mulher. Assim as mulheres constituem o bode expiatório, e daí elas serem responsabilizadas pelo comportamento sexual dos homens.

Para os entrevistados a TV é problemática por causa da sua influência sobre o código de conduta no vestir, como se pode ver no argumento que se segue:

“...SIDA em Moçambique está relacionada com a moda. Quando assistimos a televisão a primeira coisa que ela mostra é o show 'Face VODACOM' e 'Loja das

¹ Barracas é o nome dado a pequenas lojas para venda de bebidas e alimentos a que a população recorre para fazer face aos problemas do sustento da família. Neste caso concreto trata-se de barracas para venda de bebidas e alimentos confeccionados. Estas barracas permanecem abertas até altas horas da noite e muitas vezes alugam quartos para possíveis clientes nocturnos.

² Tchuna baby é o nome dado as calças bastante apertadas com cintura baixa deixando a descoberto parte inicial das nádegas e púbis feminina

Damas'. Fico envergonhado de ver mulheres na televisão "jikajika"³, caminhando 'nuas'. Elas vestem estas calças, como são chamadas? 'Tchuna baby! Sim tchuna baby'. Os nossos filhos principalmente as meninas copiam tudo que vêm na Televisão. Que tipo de homem pode resistir a uma menina mostrando tudo? Quando tu vês partes íntimas de uma mulher tu esqueces de que SIDA existe." (grupo de discussão com professores, 2007)

A TV é vista como promovendo sexo livre, alienando jovens em particular raparigas e expondo crianças ao sexo. Na visão local a TV tem influência na forma como as mulheres vestem com impacto no comportamento sexual dos homens. Género atribui poder social, privilégios, deveres e obrigações diferentes para mulheres e homens, produzindo desigualdades não só no acesso diferenciado aos recursos, mas também diferentes papéis exercidos em contextos e circunstâncias iguais. Assim é exigido às mulheres um comportamento que resulta do constante controlo social. Dai que para os entrevistados, a prevenção deverá ser direccionada para as mulheres porque são elas que se vestem mal e precisam de ser controladas ou castigadas pelo mau comportamento com consequências na infecção pelo HIV como que a sustentar esta percepção um dos membros do grupo elaborou da seguinte forma:

"Historicamente na nossa cultura as mulheres punham vestidos compridos como forma de mostrar respeito, e de permaneciam em casa, porque o lugar delas é lá. Os comportamentos que testemunhamos nos dias que correm não são parte da nossa tradição. Mulheres e raparigas vagueiam nas estradas à procura de divertimentos e prazer. Este tipo de mulheres não se respeita a si próprias, nem a seus parceiros e suas famílias. É novo o facto de as jovens iniciarem sexo em tenra idade, isto não é nossa realidade. Pela minha observação os estudantes em particular os rapazes, que estão entre 13 a 14 anos de idade ainda não conhecem mulheres (relação sexual). Mas as mulheres iniciam a relação sexual cedo. Para além de alguns destes comportamentos serem encorajados pelos shows apresentados na televisão." (professor 2007)

Ainda sobre o poder de influência que a TV exerce sobre os jovens, os entrevistados de novo se insurgiram fazendo um ataque às novelas brasileiras transmitidas pela TV que segundo eles ensinam às crianças um estilo de vida que não é moralmente aceitável. O argumento é de que as novelas são transmitidas em horas

³ "Jikajika" palavra changane que embora na seja tradução directa significa o caminhar sensual

impróprias e exibem comportamentos que são contra as normas de convivência sócio-cultural:

“os programas da TV estão sempre fora da ordem, projectam novelas que envolvem sexo em horas inapropriadas. É um risco ver a TV com visitas, porque a qualquer momento a relação sexual é projectada na TV.” (líder comunitário 2008)

A crítica dos entrevistados se estende a linguagem ou seja algumas expressões utilizada por jovens. Algumas destas palavras são consideradas não aceitáveis e representando conflitos geracionais entre os membros das comunidades, especialmente entre a velha e nova geração como foi referido por um dos professores ao argumentar que:

“Como estava dizendo aos meus colegas mesmo aqui na escola, temos feito algum trabalho, e quando nós nos tornamos exigentes eles dizem és ‘matreco’. (professor, 2007)

“...*matreco*” é um termo verdadeiro moçambicano que dependendo do contexto tem diferentes interpretações e às vezes o seu significado não fica bem claro e aparentemente serve para descrever alguém com formas de pensar “retrógradas”. Neste caso os adolescentes usam a palavra *matreco* para se livrarem dos conselhos dos adultos. Assim, *matreco* no contexto social passou a jogar um papel significativo na remoção do poder das pessoas adultas por parte dos adolescentes (neste caso o poder dos professores, pais e encarregados de educação). Assim linguagem, gestos, estilos no caminhar, e no vestir, utilizados pelos mais jovens constituem forma de identidade e para marcar a diferença entre *matreco*s (velha geração) e os avançados (a nova geração). O mesmo acontece dentro da mesma geração quando utilizam o termo para se diferenciar entre os que mais se enquadram na moda ou avançados (as). Acontece para o início da relação sexual quanto mais cedo o adolescente iniciar na actividade sexual é considerado avançado(a) e para os que decidem ter a primeira relação sexual quando se julgam responsáveis dos seus actos são apelidados de *matreco(a)*. Portanto pode jogar um papel identitário e com impacto na infecção pelo HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis. Deste modo pode-se dizer que o desafio comunitário na luta contra HIV e SIDA tem também expressão na maneira de vestir (*tchuna baby*), formas de caminhar e falar que acabam influenciando os comportamentos sexuais individuais na sociedade. Na mesma linha de pensamento os entrevistados

sugerem que a situação é exacerbada por alguns profissionais que trabalham com os programas de prevenção sobre o HIV/SIDA, vistos como pessoas que respondem aos seus interesses individuais, em detrimento das comunidades. Pois no lugar de usar os fundos concedidos para a realização de actividade de prevenção e usam-nos em benefício próprios e no aliciamento das jovens para a satisfação dos seus desejos sexuais.

Os entrevistados alistaram ainda como razões para os crescentes índices de prevalência do HIV os casamentos entre raparigas com homens em idades avançadas por um lado e mulheres que procuram o prazer sexual fora do matrimónio e com jovens que poderiam ser “seus filhos” por outro lado, como fazendo parte dos determinantes que levam à infecção pelo HIV. Existe uma ligação entre os comportamentos sexuais actuais e a falta de observância de normas tradicionais (ritos de iniciação) pelo facto de estarem a cair em desuso em muitas partes do país como é o caso de Dondo e Maringue onde decorreu o estudo. Também reconheceram e afirmaram que as mulheres principalmente as mais jovens são as que estão mais expostas ao alto risco de infecção quando comparado com os jovens homens da mesma faixa etária como se pode ver no pronunciamento que se segue:

“... raparigas estão expostas ao risco de infecção por causa da preparação para o casamento praticado nas comunidades. Elas não têm autonomia no acto de casar. Um homem pergunta ao pai da rapariga posso casar com a sua filha havendo aceitação a rapariga não tem o direito de recusar ela deve agir de acordo com os anseios dos pais. O problema é que já não aplicam os costumes tradicionais para a avaliação da situação. As relações entre famílias são criadas de qualquer maneira e cada um faz a sua vida, e mais tarde a realidade lhes surpreende. O mesmo se aplica às mulheres que se dispõem a ter relações sexuais com miúdos que nem sequer podem avaliar a situação porque estão necessitados de dinheiro. O ambiente é complexo e caótico e não é fácil reverter a situação. Uma mulher adulta ter relação sexual com um miúdo constitui uma séria ofensa para a tradição e falta de respeito para com as pessoas e á razão para um largo número de mortes pelo HIV/SIDA.”

Outro aspecto refere-se à complexidade do tratamento da doença no contexto religioso. Alguns grupos reivindicam poderes de cura ao SIDA, através da fé. São pretensões que não deixam de ser um desafio, já que ainda não possível a descoberta do medicamento para a cura da doença. A cura do SIDA ainda está ao nível de discursos que têm resultado em conflito porque, se por um lado se

apregoa a cura do SIDA, outros por outro lado continuam questionando-se, se o HIV seria causa ou não da SIDA, e se o vírus tem ou não uma existência real. Aparentemente o ambiente não é somente de luta contra a pandemia mas, mais significativamente de discursos competidores que afastam e aproximam os indivíduos para um contexto de diferentes abordagens e crenças sobre o HIV/SIDA, segundo a argumentação de um dos informantes:

“... Algumas Igrejas dizem que podem curar SIDA... Eu ouvi através da rádio que três pessoas foram curadas do SIDA, esta doença sem cura. Foram curadas pela Igreja Universal do Reino de Deus. Então eu fico sem saber se a doença realmente existe ou não.” (um membro de grupo de discussão, 2008)

Sob o ponto de vista local, se considera que a Política de Educação para o HIV/SIDA contribui na crescente prevalência da infecção pelo HIV. A interpretação de alguns entrevistados é de que o uso do preservativo promove relações de promiscuidade entre jovens porque quando desenvolvem o sentimento de confiança eles passam a manter relações sexuais sem o preservativo. Como resultado as jovens (estudantes) tornam-se mães solteiras. De acordo com os entrevistados na comunidade, os pais não estão contra o uso do preservativo. Ao que eles se opõem é o uso do preservativo entre crianças, porque consideram ser o mesmo que autorizar a prática de sexo prematuro e ou pré-marital. Às jovens mães solteiras considera-se que mais tarde entregam-se à prática do sexo não seguro. O criticismo no círculo dos entrevistados alargou-se para a questão da permissão das raparigas para retornarem as aulas no período pós-parto, o que é considerado como razão para que as jovens tenham um comportamento sexual negligente. Estas não só correm o risco de ser infectadas como também tornam-se num veículo para disseminar o vírus. Neste sentido sustenta-se a ideia de que a política de educação para o HIV/SIDA, principalmente no que se refere à promoção do uso do preservativo, “autoriza” os jovens a praticar sexo sempre que o desejarem. Mais uma vez os debates reflectiam ideias conflituosas. Se por um lado argumentavam que o uso do preservativo exacerbava a disseminação da doença, por outro acreditavam que o uso do mesmo ajuda as crianças a prevenir-se contra gravidezes indesejadas, como se pode ver a seguir:

“ [...] No passado era raro ver uma estudante grávida na escola. Não era permitido que a criança engravidasse ... Agora estas jovens têm ‘direitos’ fazem crianças e voltam para a escola. Não sabemos mesmo como tratar estas crianças, enquanto ela é nossa criança ao mesmo tempo é esposa de alguém o que nos coloca numa

situação difícil. Elas são adultas, o que poderemos fazer neste tipo de situação? Algumas estudantes fazem aborto ou têm a criança e depois regressam à escola. Existem muitos métodos de prevenção, mas aqui nas escolas somente nos preocupamos com o uso do preservativo como está preconizado pela política. Nós dizemos “toma cuidado, use o preservativo”. Em outras palavras estamos dizendo podés ir fazer sexo antes do casamento, mas fá-lo com preservativo”. (Professor, 2007)

A percepção é de que embora a política de educação promova o uso de preservativo, as jovens continuam a envolver-se em comportamentos sexuais de risco, e a ficar grávidas o que pode ser prevenido com preservativo. O que quer dizer que embora as pessoas tenham conhecimento sobre as formas de prevenção do HIV/SIDA as evidências sobre a mudança de comportamento ainda não são satisfatórias. Para os entrevistados a multiplicidade de actores intervindo na área de prevenção e a facilidade com que os mesmos têm acesso as instituições de ensino leva a que os jovens sejam influenciados por diferentes abordagens em conflito tornando ainda mais complexa a prevenção do HIV e SIDA como um dos membros no grupo de discussão teria declarado:

“...HIV/SIDA é complicado e confunde qualquer um, incluindo as nossas crianças que são o futuro da nossa sociedade. Na escola um professor vai ensinar à Maria “A, B, C,” (referindo a educação formal incluindo os programas de HIV). A Maria tem ao mesmo tempo outras fontes de educação na família e seus pares. (Professor 2007)

Ainda sobre as diferentes abordagens sugere-se sua harmonização para permitir melhor controlo em termos de tipo e métodos usados na disseminação da informação sobre a prevenção do HIV/SIDA. Para os entrevistados os actuais métodos aplicados conduzem a um fracasso quando algumas precauções não são consideradas como seja por exemplo as diferenças de idade entre os receptores das mensagens, porque quando se trata de crianças estas tendem a imitar o que os adultos dizem e fazem. Como resultado as crianças querem experimentar o que está sendo ensinado e conseqüentemente são infectadas pelo HIV. Um dos membros da comunidade argumentou durante o grupo de discussão da seguinte forma:

“... activistas não podem falar sobre HIV/SIDA sem falar sobre sexo e não importa sobre o que e para quem estão a falar. As mensagens que eles enviam aos

adultos são as mesmas mensagens que enviam para uma criança de 5, 6 ou 7 anos de idade ... desculpe a linguagem, normalmente usam o pénis de madeira para demonstração ... “quando levantar e se puser duro deves colocar o preservativo” como é que alguém pode proferir um tipo de palavras como estas para crianças? As crianças, como resultado, experimentam com ou sem preservativo. Como resultado as crianças apanham SIDA e morrem enquanto muito novos” (professor 2007)

Ainda no que concerne a falta de diferenciação em relação às idades dos grupos alvo na disseminação de informação sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis incluindo o HIV/SIDA, os líderes comunitários mostraram a necessidade de se reintroduzir práticas culturais perdidas, como *maseseto* (ritos de iniciação). Portanto a falta de ritos de iniciação é vista como influenciando na crise de exercício de poder pelos mais velhos sobre os jovens sobre as quais um dos membros pronunciou-se dizendo que:

“...servem para educar nossas jovens, os organizadores do programa trabalham em colaboração com os mais velhos sobre o impacto de ritos de iniciação que sensibilizam as jovens. Isto ajudará as jovens a parar com o comportamento de caminhar diante dos seus pais com saias curtas expondo-se aos homens. Hoje em dia os pais não têm poder de controlar e educar seus filhos, porque as crianças vêm os pais como os atrasados com velhas ideias. Isto é, são incapazes de ver que morrem cedo porque não querem ouvir os seus pais” (líder comunitário 2008).

Segundo os líderes comunitários o poder económico é outra razão que contribui para se ser infectado. Argumenta-se que o *status* económico encoraja os homens a abordar mulheres bonitas. Contudo, ao mesmo tempo os líderes comunitários acusam os próprios homens de fracassar na sua relação com as suas mulheres/esposas, como está indicado na conversa abaixo:

“Entrevistado: Não são somente as mulheres que se destacam na provocação dos homens para relação sexual. Os homens também, se comprometem a si próprios, não somos capazes de resistir às mulheres. Os homens aqui vão para Beira para se encontrar com mulheres bonitas. Mas estas mulheres são livres, e tens que pagar em dinheiro vivo. Nós pagamos por nossos erros de não querer pôr as nossas mulheres bonitas.

Entrevistadora: E porque é que não vestem bem as vossas mulheres no lugar de irem procurar as mulheres bonitas da Beira?

Entrevistado: Sim, é nossa falta, não sabemos vestir bem as nossas mulheres. Deixamo-las em capulanas, e não contribui para a mudança de seu estilo de vestir

Entrevistadora: o que é que isto significa no contexto do HIV/SIDA?

Entrevistado: o estatuto económico contribui para a disseminação da infecção do HIV/SIDA, não somente para os que não têm dinheiro mas também para estes que usam o dinheiro para ter múltiplos parceiros. (Grupo de discussão, 2008)

A discussão acima refere-se à construção social sobre o corpo da mulher e como este estimula o comportamento de risco para as infecções sexualmente transmissíveis incluindo o HIV. A noção sobre o corpo da mulher, varia de acordo com as diferentes culturas (Kowner 2002). No Dondo e Maringue a preocupação é a imagem corporal que a mulher transmite através do estilo de vestir. De acordo com os entrevistados, é o corpo das mulheres que influencia na disseminação da infecção, o que é agravado pelo estatuto económico em particular do homem que permite o acesso a múltiplos parceiros sexuais. Embora não se possa somente ver-se o problema só do lado económico pois existem outros factores que contribuem para a prática da relação sexual com mais do que um parceiro como por exemplo o trabalho migratório dos homens (para fora das localidades, entenda-se) que deixa as mulheres sós e incapazes de reprimir os seus desejos sexuais.

Análise e discussão

O ambiente actual de prevenção intervenção do HIV/SIDA mostra existirem factores realísticos e desafiantes. A abordagem biomédica tem como fundamento a base científica e por isso, ganha terreno em relação a abordagem cultural fundamentada nas crenças, valores, normas e conhecimento fundamentado na prática diária na sua relação com saúde e doença influenciando na forma de pensar, agir e de actuar. Enquanto a abordagem biomédica percebe como forma de prevenção e tratamento o uso do preservativo, ser fiel ao parceiro, reduzir o número de parceiros, início tardio das relações sexuais, o uso de microbicidas e dos anti-retrovirais, no tratamento da doença e prevenção da transmissão vertical como único meio para melhorar e prevenir para que a criança em gestação por uma mãe HIV positiva nasça livre da doença. A abordagem cultural para além de

observar as formas acima apresentadas também persiste a adopção do conhecimento local no pacote global de prevenção. A situação actual é complexa e exige que o governo permita que as pessoas tenham acesso aos seus sistemas sócio-culturais, que no preciso momento não se encontram acomodados na interpretação biomédica de prevenção do HIV/SIDA. O que valida o facto de alguns autores (Good & DelVecchio Good, 1980) afirmarem que as informações culturais têm sido, na maioria das vezes, consideradas irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde. Em geral, são somente tidas como essenciais as que são referentes ao diagnóstico biomédico. Todos os outros com referência ao impacto social e cultural são avaliados como acessórias (Kleinman, 1987) ou seja sem importância. Contudo como que para contrariar esta visão, estudos recentes demonstram influência exercida no contexto das dimensões social e cultural na adopção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde (Taylor et al., 1987) sem contudo por em causa uma delas. Em Dondo e Maringue situações que poderiam ser interpretadas como perigando a vida das comunidades têm merecido a atenção daí a constante procura de soluções locais. Pois nas várias sociedades africanas a causa principal das doenças sexualmente transmissíveis é percebida como violação de normas que governam os comportamentos sexuais (Green 1992). Partindo dessa concepção, a preferência da população é de recorrer a ambos tipos de tratamento a medicina africana e os serviços médicos hospitalares, embora em muitos casos a preferência maior seja em relação a primeira abordagem. Desde sempre que as doenças foram objecto de preocupação daí que voltando para o caso concreto de Dondo e Maringue cada doença encontra a nível local uma identidade, um nome. *Shirombo/HIV*, e *phiringaniso/SIDA* (conceitos locais). Assim como as práticas culturais/rituais *kupitakufa*, *kupitamadzwide* e *kuphitamoto* utilizados na interpretação dos comportamentos e significados locais sobre sexo, sexualidade e doenças de transmissão sexual. Estas interpretações diferem das interpretações criadas com base na perspectiva cultural do Ocidente do qual o “modelo biomédico” vê a doença como um problema físico ou mental, como um problema biológico ou psicossocial. Segundo Scheper-Hugues & Lock (1987), o dualismo entre corpo e espírito são as concepções biomédicas que colocam o organismo humano e o pensamento materialista como fundamentos básicos da biomedicina o que vale dizer que raramente a doença é vista como fenómeno multidimensional. A capacidade local na interpretação da dimensão sócio-cultural, diferentemente da perspectiva do Ocidente, leva a que esta mesma interpretação (a biomédica) seja

menos significativa para os locais daí a persistente adopção do conhecimento local cuja estratégia de prevenção adoptada reflectiu o quão obsoleto se revelam os mecanismos em uso e formas de prevenção globais. As comunidades no Dondo e Maringue não estão somente conscientes sobre os diferentes tipos de actividades de prevenção e intervenção sobre HIV/SIDA; também identificam uma diversidade de razões que são a base para a infecção pelo HIV. Atitudes, fragilidade na implementação de políticas de educação sobre HIV/SIDA, abordagens contraditórias, que de algum modo se reflectem no fracasso sobre a identificação e selecção de grupos de acordo com as idades na disseminação das mensagens sobre prevenção/intervenção do HIV/SIDA descontextualizadas do ambiente sócio-cultural local; falta de poder de decisão dos líderes locais como reflexo da ausência de instrumentos legais de fundamentação; a supremacia da perspectiva biomédica na prevenção que se empenha em produzir formulações separadas da vida das comunidades tornando o diálogo/prática difícil entre os actores/receptores em matéria de prevenção. O facto é que o conhecimento local é percebido como residual, tradicional e retrógrada num contexto da existência de diferentes formas de vida e, por consequência, as pessoas encontram-se excluídas das acções de prevenção/intervenção mais ajustadas.

O fracasso estende-se para as instituições do Governo quando aparentemente revelam-se impotente em regular e controlar alguns fenómenos em ocorrência na sociedade, caso das *barracas* consideradas fulcrais no fomento da prostituição acções que na essência o objectivo é fazer face a pobreza comunitária e familiar. Gera-se uma aparente ou real anarquia na forma como diferentes instituições actuam em nome da prevenção da doença. Foram dados exemplos da TV cujas mensagens são percebidas como explicitamente eróticas e de sedução embora com o objectivo educar e informar sobre como prevenir-se da infecção. A linguagem, onde o termo “*matreco*” faz parte de expressões que revelam um potencial forte de conflitos inter-geracional com impacto na perda de papel de educador dos adultos (pais) com consequências para o agravamento do silêncio que prejudica ambos (pais e filhos). Também abordado no âmbito das relações comunidade e governo reflectindo-se na ausência de mecanismos de controlo sobre fenómenos sociais em prejuízo da sociedade. No contexto cultural local “silêncio” não se coloca em termos da falta de diálogo, mas sim porque a problemática sobre sexo e sexualidade nas famílias constitui assunto de discussão em espaços e fóruns próprios que existem ou existiam para tal (ritos de iniciação). Onde os tios e tias assim como padrinhos ou madrinhas encontram espaço para promoção de

discussão de forma bastante aberta sobre questões relativas ao sexo e sexualidade, um processo de introdução dos iniciandos na vida adulta, ou como Dias (1970) bem elabora, "...é o período de instrução e educação sistemática, dos segredos da comunidade a que vão pertencer". Então o poder que os ritos têm no contexto cultural vai também influenciar a forma como os mais velhos interagem com os mais novos. Portanto, o reconhecimento do papel e valor que os ritos têm nas comunidades não permite a usurpação dos papéis e funções de cada um. Trata-se de comportamento conscientemente adoptado dentro dos valores culturais e sendo cultural não se pode esperar mudanças radicais nos papéis que cada um assume e exerce. O silêncio foi sempre utilizado no contexto da comunicação entre adultos e crianças, porém nos dias que correm e porque influenciados pelo advento da modernidade assume-se o comportamento como ausência de comunicação o que exacerba a infecção pelo HIV entre jovens que só encontram apoio nos amigos e pares.

As diferenças de género no acesso as oportunidades iguais moldam as escolhas e as expectativas diferentes de mulheres e homens e por seu turno afecta-os ao expô-los sob vários riscos incluindo à infecção pelo HIV. Assim entendemos que se sexo e sexualidade são socialmente construídos dentro das normas sociais que existem no contexto da socialização e definição de funções diferenciadas para uns e outros no qual a dimensão cultural de sexo regula e controla o comportamento sexual. A pobreza e seus efeitos secundários tais como a prostituição e a exclusão social, em termos do acesso as escassas possibilidades de acesso aos cuidados de saúde, encaixam-se no role dos factores que contribuem para os actuais níveis de propagação do HIV/SIDA no Dondo e Maringue.

Conclusão

A situação da pandemia do HIV/SIDA é complexa mais porque trata-se de doença que tem a ver com comportamentos sexuais e atitude tanto individuais como colectivos. E mais do que isso tem a ver com o acervo cultural o qual é diferenciado de acordo com o ambiente espaço-geográfico onde o indivíduo se encontra inserido e se movimenta. Do ambiente se incluem as instituições e suas formas de actuação obedecendo a uma determinada cultura. A responsabilidade nos desafios da pandemia tem de ser assumida e realizada tendo em conta a capacidade individual, da família, comunitária e institucional onde as diferentes

abordagens e várias culturas que influenciando de forma imediata, directa e ou indirecta tem impacto na propagação do vírus e nas formas de intervenção sejam elas universais, nacionais e locais devem ser consideradas de modo equilibrado como resultado do conhecimento da realidade. As habilidades tanto universais como locais na interpretação e procura de solução de problemas que afectam a sociedade aos diferentes níveis são válidas e necessárias principalmente no contexto do HIV/SIDA onde a ciência ainda revela-se incapaz de dar uma solução definitiva do problema.

Bibliografia

- Arnaldo, C. (2003) *Factores Sócio-económicos Associados com a Percepção Individual do Risco de Contrair o HIV/SIDA em Moçambique*, UEM, Maputo.
- Casimiro I, et al, (2002) Estudo de Base. *Khuluvuka – Corredor de Esperança*, Relatório, Vol.1., CEA/FDC, Maputo.
- Leclerc-Mandlala, S. (2003) “*Youth, HIV/AIDS and the Importance of Sexual Culture*”. In Youth Development Journal 12th Edition.
- Dias, A.J, Dias, M. (1970) *Os Macondes de Moçambique*. 4 Vol, Junta de Investigação do Ultramar, Lisboa.
- Elizabeth Uchoa & Vidal, J.M.(1994) *Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for na Approach to Health and Disease*. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 10(4):497-504.
- INSIDA (2009) *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique* INSIDA 2009 Relatório Preliminar sobre a Prevalência da Infecção por HIV.
- Glanz, K., (1988) *Health Education & Behaviour*, Minnesota University.
- Kowner, R. (2002) *Japanese Body Esteem: Structure and esteem scores in: A cross-cultural perspective*, International Journal of Psychology 31, 149-151.
- Loforte, A. M. (2003) *Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações sobre Saúde e Doença*, UEM, Maputo.
- Macamo, I. (2003) “*Migração e HIV/AIDS em Moçambique: Explorando a Questão Migração e HIV/SIDA na região centro de Moçambique*”, UEM, Maputo.
- MISAU (2005) *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique*, Artes Gráficas: Maputo.
- MISAU (2002) *Programa Nacional de Controlo das DTS/HIV/SIDA*. Maputo.
- Osório C. (2004) *Algumas reflexões sobre a abordagem de género nas políticas públicas sobre o HIV/SIDA*. Publicado em “*Outras Vozes*”, n.o 6 Fevereiro.
- Portes A and Castells, M. (1989) *World underneath: The origins, dynamics and effects of the informal economy*. In *The informal economy: Studies in advanced and less developing countries*.
- A. Portes, M. Castells and L. A. Benton (Eds.), *Baltimore*, John Hopkins University Press.

- Santos, B. e Artur, M. J. (1993) CAP entre os jovens escolares. *As DTS, o SIDA o preservativo – a vida sexual afectiva* (eds) PNCS/DTS, Maputo.
- Smith, S.C. (1986) Macmillan *Dictionary of Anthropology*, Great Britain, London.
- UNAIDS (2002) *Report on the global HIV/AIDS epidemic UNAIDS - 20 avenue Appia - 1211 Geneva 27* – Switzerland, www.unaids.org
- UNAIDS (2011) *Epidemiology 2010 global report*, www.unaids.org/en
- Van der Vliet (2001) “AIDS: Losing the New struggle.” *Daedalus*. 130(1): 151-84.