

**Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social**



**Vulnerabilidade e Resiliência entre adolescentes
e jovens vivendo com HIV/SIDA na cidade de Maputo,
Moçambique**

Kuhanya: O contágio da vida

**Tese de Doutorado para obtenção do título de Doutor em
Política Social, expedido pelo Programa de
Pós-Graduação em Política Social da
Universidade de Brasília
Orientador: Prof. Dr. Mário Ângelo Silva**

Leonardo Guirao Junior

Brasília, Junho/2007

“A invisibilidade que nos anula é sinônimo de solidão e incomunicabilidade, da falta do olhar atento que é capaz de restituir ao outro, potencialmente, o privilégio da comunicação, da participação, do diálogo, da troca de sinais e emoções, da partilha de valores e sentido, da comunhão da linguagem”.

Luíz Eduardo Soares (2000)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vulnerabilidade e Resiliência entre adolescentes
e jovens vivendo com HIV/SIDA na cidade de Maputo, Moçambique

Kuhanya: O contágio da vida

Aluno: Leonardo Guirao Júnior

Orientador: prof. Dr. Mario Ângelo Silva

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Política
Social da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do
título de doutor em política social.

Aprovada em 15 de junho de 2007

Banca examinadora

Dra. Regina Duarte Benevides de Barros
Universidade Federal Fluminense

Dr. Plínio de Almeida Maciel júnior
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dra. Denise Bontempo Birche de Carvalho
Universidade de Brasília

Dra. Maria Lúcia Pinto Leal
Universidade de Brasília

**Dedico este trabalho aos adolescentes e jovens vivendo com
HIV/SIDA em Moçambique, especialmente aos participantes
do Grupo Kuhanya**

Agradecimentos

Mario Ângelo Silva

Vera Lúcia Moris

Regina Benevides

Julio Pacca

Milena Mello

Luiz Henrique Passador

Marcos José de Oliveira Pinto

Mirian Aurélio Guirao Schandert

Ivone Zilhão

Larissa Polejack

Wania Carvalho

Cristina Raposo

Carla Silveira

Teresinha Cristina Reis Pinto

E especialmente à minha mãe, que sempre quis ter um filho doutor.

Sumário

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	15
Percurso e Percalços	15
Moçambique: Histórias e Contextos	19
Características Sócio-demográficas	29
Saúde em Moçambique	33
O advento da SIDA no mundo e em Moçambique	40
Resposta à epidemia do HIV/SIDA em Moçambique	58
Identificando o problema de pesquisa	66
Caminho aberto para a investigação do problema	72
Objetivos da pesquisa	76
Capítulo 1. REFERENCIAL TEÓRICO	77
1.1. Promoção da saúde	78
1.2. Vulnerabilidade	82
1.2.1. Vulnerabilidade Comportamental	86
1.2.2. Vulnerabilidade Social	86
1.2.3. Vulnerabilidade Institucional	87
1.3. Resiliência	88
Capítulo 2. MÉTODO	93
2.1. Caracterização do estudo	93
2.2. Enfoque dialético e a pesquisa qualitativa	93
2.3. Informantes da pesquisa	95
2.4. Cenário de desenvolvimento do estudo	97
2.5. Pesquisa Empírica	102
2.6. Análise e interpretação dos conteúdos	105
2.7. Cuidados éticos	108
Capítulo 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	111
3.1. Fase Pré-diagnóstica	111
3.1.1. A primeira relação sexual	113
3.1.2. Entre a primeira relação sexual e o conhecimento da soropositividade	124
3.2. Fase Diagnóstica	138
3.2.1. A ciranda do medo: será que é SIDA?	142
3.2.2. Vivenciando a realização do teste	152
3.3. Fase pós-diagnóstica	162
3.3.1. Principais preocupações após o diagnóstico	164
3.3.2. Busca por tratamento	168
3.3.3. Participação no Grupo de Convivência: Conectando saúde, rede de proteção e participação social.	174
Capítulo 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	207
Capítulo 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	214
ANEXOS	231
Anexo 1. Roteiro de entrevista	231
Anexo 2. Consentimentos Informados	258

Tabelas e Quadros

Tabela 1. Moçambique: Percentagem Nacional do uso do preservativo na primeira e na última relação sexual, por sexo e idade, 2003	54
Quadro 1. Moçambique: Indicadores Sociais - Nacional e Cidade de Maputo - 2003.....	39
Quadro 2. Percentual de soroprevalência do HIV em países africanos, 2005.....	44
Quadro 3. Moçambique: Evolução anual das prevalências do HIV – 2001, 2002, 2004.....	49
Quadro 4. Moçambique: Dados nacionais da epidemia HIV/SIDA, 2004	49

Abreviaturas

ACPSNU	Avaliação Conjunta do País pelo Sistema das Nações Unidas
APTA	Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS
ARV	Medicamentos Antiretrovirais
ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntária
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA de Moçambique
CNS	Comissão Nacional do SIDA de Moçambique
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DTS	Doença de Transmissão Sexual
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária
GEMT	Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional do Ministério da Saúde de Moçambique
HCM	Hospital Central de Maputo
HdD	Hospital de Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INE	Instituto Nacional de Estatística de Moçambique
INJAD	Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens e Adolescentes em Moçambique
MEC	Ministério da Educação e Cultura de Moçambique
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental

ONU	Organização das Nações Unidas
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta de Moçambique
PEN	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA de Moçambique
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde de Moçambique
PGB	Programa Geração Biz
PIB	Produto Interno Bruto
PIDE	Policia Internacional e de Defesa do Estado
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento da População
PQGM	Plano Quinquenal do Governo de Moçambique
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
PS	Posto de Saúde
RENAMO	Resistência Nacional de Moçambique
RENSIDA	Rede Nacional das Associações de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA em Moçambique
RI	Redes integradas de serviços de atenção ao HIV/SIDA
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde de Moçambique
TARV	Terapia Antiretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNGASS	Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

A história de Moçambique é marcada por quinhentos anos de opressão e servidão imposta pela colonização portuguesa e por três décadas de conflitos armados que deixaram o país praticamente destruído e grande parte de população vivendo, até hoje, em situação de pobreza absoluta. O país enfrenta uma epidemia do HIV/SIDA de grandes proporções, com taxa de soroprevalência em torno de 16%, atingindo, especialmente, os adolescentes e jovens com idades entre 15 e 24 anos. Este estudo se debruçou sobre os adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA em Moçambique, com o objetivo de conhecer e interpretar as vulnerabilidades que contribuíram para que tenham se infectado e as formas que têm adotado para o convívio com a soropositividade, na perspectiva de contribuir para o processo de formulação de políticas, programas e estratégias de atenção à saúde dos adolescentes e jovens no país. As bases que fundamentaram esta investigação estão sustentadas pelo enfoque dialético histórico-estrutural e pelas premissas da pesquisa social exploratória e qualitativa. Os dados foram obtidos de acordo com os pressupostos da observação participante, tendo como cenário social/institucional o grupo de convivência de adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA do Hospital Central de Maputo e por entrevistas semi-estruturadas individuais. Os conteúdos observados ao longo da pesquisa foram analisados e interpretados segundo os princípios da Hermenêutica de Profundidade sob a luz dos conceitos de vulnerabilidade e resiliência.

Palavras Chaves: Moçambique; SIDA; Adolescentes; Vulnerabilidade; Resiliência.

ABSTRACT

Mozambique's history is marked by five hundred years of oppression by the Portuguese colonization and three decades of armed conflicts that practically destroyed the country. As a result, until today the majority of its population lives in extreme poverty. Mozambique faces one of the most widespread HIV epidemic with seroprevalence rates around 16%, that particularly affects adolescents and young people between 15 and 24 years of age.

This study focuses on adolescents and young people living with HIV and AIDS in Mozambique. Its main objective is to understand and elucidate the vulnerabilities that contributed to young people's infection. It is also focused on what kind of strategies have been adopted by those living with HIV. Furthermore, this study is aimed at contributing to policy formulation, programs and strategies targeted at health care provision to Mozambique's youth.

This study is based on investigations that are supported by a dialectic historical and structural approach, as well as by the assumptions of the exploratory and qualitative social research. Data was obtained through participatory observation of the Young People Living with HIV and AIDS Support Group from the Maputo Central Hospital, in addition to individual semi-structured interviews. The contents were analyzed and interpreted according to the Deep Hermeneutic principles in the light of concepts of vulnerability and resilience.

KEY WORDS: Mozambique; AIDS; Adolescents; Vulnerability; Resilience

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de tese de doutoramento é resultado de estudo realizado em Moçambique com adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA, participantes de um grupo de convivência no Hospital Central de Maputo, onde atuei como facilitador e pesquisador por um ano. Estes adolescentes e jovens vivem na cidade de Maputo, e não são representativos da população jovem do país, já que a grande maioria encontra-se em áreas rurais.

Como pesquisador estrangeiro, tive o cuidado de realizar extensa pesquisa bibliográfica e revisão de literatura sobre estudos e experiências moçambicanas relacionadas com o objeto, conceitos e categorias de análise referentes a este estudo, embora sem abandonar concepções e aspectos da minha experiência no Brasil, onde fiz minhas formações anteriores. Minha inserção na situação empírica deu-se paulatinamente, na medida em que fui me aproximando da realidade do país, da população jovem e mais especificamente do grupo de convivência com o qual trabalhei.

Entendo que a pesquisa em saúde deve privilegiar estudos que busquem a compreensão da saúde humana, dos comportamentos saudáveis e de risco, dos recursos humanos e serviços de saúde. Observam-se duas grandes frentes de estudos e preocupações nesta área: uma, que reúne estudos críticos de saúde, que buscam discutir questões tais como “o que é saúde e doença?” e/ou “como são administrados os cuidados de saúde e sob quais interesses ou direcionamentos?”; outra reúne os estudos para a saúde, como pesquisas da área da saúde pública cujo enfoque é a promoção da saúde e instrumentalidade e eficácia dos serviços. É nesta segunda frente que se insere o presente estudo, que tem como objetivo principal contribuir para as políticas e programas de saúde dirigidos aos

adolescentes e jovens em Moçambique, especialmente para aqueles vivendo com HIV/SIDA.

Enquanto estudo exploratório, foram agregados no seu processo informações, problemas, questões e referenciais teóricos emergentes para a construção dos cenários empíricos, fundamentais para o alcance dos objetivos propostos, tomando como referência documentos, estudos e publicações disponíveis nas principais fontes, buscando superar e diminuir o distanciamentos entre pesquisador e situação pesquisada. Seu planejamento foi bastante flexível, de modo a possibilitar contatos com os diversos aspectos relativos aos objetos de estudo, envolvendo: pesquisa bibliográfica e revisão de literatura; observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Tal modalidade de estudo possibilitou delinear os passos deste fenômeno contemporâneo, no contexto do advento e propagação da epidemia do HIV/SIDA, onde os limites entre o fenômeno e o contexto nem sempre são claramente percebidos. Nesse processo, busquei conhecer e interpretar situações da vida real, estabelecendo contraponto entre os fatos e percepções dos informantes e os vetores que constituem o cenário onde eles estão inseridos, por onde são produzidos e por onde eles são produtos.

Início este trabalho por uma parte introdutória, onde apresento minha trajetória profissional e acadêmica relacionada ao objeto deste estudo, seguida de uma extensa contextualização do país, partindo do seu desenvolvimento histórico que é determinante para o cenário atual do sistema de saúde e para a resposta à epidemia do HIV/SIDA no país. A opção pela inclusão destas informações no início do texto deste trabalho, partiu do entendimento que elas seriam preciosas para que o leitor pudesse melhor compreender o problema de pesquisa, assim como os objetivos propostos que encerram o texto dessa parte.

No capítulo 1 é apresentado o referencial teórico que deu sustentação a todas as etapas deste estudo: Promoção da Saúde; Vulnerabilidade; Resiliência. O capítulo 2 discorre sobre as escolhas metodológicas para obtenção, análise e interpretação dos conteúdos fornecidos e observados ao longo da pesquisa, assim como as características da população e do cenário que constituem sua fase empírica. No capítulo 3 são apresentados e discutidos os resultados obtidos, estabelecendo contrapontos com informações coletadas e referências teóricas existentes no país e em outros contextos. No capítulo 5, retomo as perguntas norteadoras que motivaram este estudo, tecendo considerações e apresentando algumas propostas avaliadas como importantes para a melhoria das políticas e programas dirigidos aos adolescentes e jovens em Moçambique.

INTRODUÇÃO

Percursos e Percalços

A SIDA¹ entrou na minha vida de forma inesperada. Não da forma inesperada como encontramos em diversos depoimentos de pessoas que um dia descobriram a presença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no seu sangue, mas pelo fato da identificação dos primeiros casos clínicos no Brasil ter coincidido com o início da minha vida profissional, já que havia sido aprovado em um concurso público para o cargo de psicólogo no Ministério da Saúde do Brasil, em 1984.

Ao me apresentar no local de trabalho para onde havia sido indicado, um centro de saúde próximo à região central da cidade de São Paulo, coordenado pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cheio de vontade e de sentimentos de insegurança que o início de uma nova prática costuma desencadear, deparei-me com uma proposta que fugia completamente a tudo o que tinha imaginado para aquele momento.

Estavam à espera de um profissional na área de saúde mental para compor uma equipe multidisciplinar, que se constituía para iniciar um programa de atendimento às pessoas portadoras do HIV/SIDA. Uma doença sem cura, recém descoberta, que apesar de suas formas de transmissão já terem sido anunciadas por instituições reconhecidas mundialmente, o fato de se tratar de uma doença nova ainda despertava dúvidas e desconfianças, o que infelizmente até hoje acontece com pessoas em todo o mundo.

Recordo-me que dois fatores foram determinantes para que eu encarasse essa proposta como um desafio: primeiro, que o contato profissional com os pacientes

¹ Utilizarei a sigla SIDA para me referir a “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”, como utilizada em Moçambique, ao invés da sigla AIDS, como utilizada no Brasil.

puddesse causar a transmissão do vírus daquela síndrome, que nessa época era denominada por grande parte da população como “*peste mortal que ia definhando as pessoas promiscuas de conduta imoral até a morte*”²; e segundo, a falta total de bibliografia ou outros parâmetros de como estabelecer estratégias de atenção àquelas pessoas. Aceitei, e desde aquele momento o HIV e a SIDA têm estado presentes, fortemente, na minha vida profissional e acadêmica.

A relação profissional e institucional com os pacientes que apresentavam graves questões físicas, psíquicas e sociais, foi sendo construída, desconstruída, reconstruída, delineando caminhos e formas na busca de poder oferecer uma atenção humanizada e de qualidade, mesmo com a dificuldade do turbilhão de sentimentos, às vezes desconhecidos, às vezes antagônicos, que compartilhava, em papel diferenciado, com os pacientes e familiares: no impacto da notícia do teste positivo; na perda gradual das autonomias; na reação frente a atos de preconceitos de entes queridos; na busca de razões para continuar vivendo; e na aproximação da morte, deveras anunciada.

Com o crescimento do número de casos, cresceu também o número de organizações da sociedade civil que começavam a se dedicar ao enfrentamento da epidemia. Aproximei-me destas organizações na busca de criar um banco de referência para os pacientes do serviço. Nesses contatos, pude dimensionar a importância daquele movimento, liderado por ativistas, pessoas vivendo com HIV/SIDA e profissionais de saúde, que desenvolviam atividades de prevenção, assistência e de *advocacy* por mecanismos legais que assegurassem os direitos de cidadania das pessoas infectadas. Associei-me a uma delas, a Associação para a Prevenção e Tratamento da AIDS (APTA), um celeiro de crescimento pessoal e profissional.

Após dez anos de trabalho no Centro de Saúde e na APTA, fui convidado pelo Centro de Referência e Treinamento da AIDS da Secretaria de Estado da Saúde

² Grifo meu.

de São Paulo, para compor sua equipe de prevenção. Minha missão era planejar e implementar, em parceria com a Secretaria de Assuntos Penitenciários, ações de prevenção e assistência ao HIV/SIDA para os detentos dos presídios do Estado. Enfrentei o medo, superei o preconceito e por quatro anos desenvolvi, junto com meus colegas, esse trabalho. Nessa época, a Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, em Brasília, estava realizando um workshop destinado aos profissionais de instituições governamentais que trabalhavam com prevenção e tratamento da SIDA, com o objetivo de incentivá-las a iniciar atividades dessa natureza junto à população prisional em seus estados. Nesse evento, pude conhecer o professor Mário Ângelo Silva e a assistente social Wania Carvalho, ambos da Universidade de Brasília, que representavam o Projeto Convivência, que prestava atendimento psicossocial às pessoas portadoras do HIV/SIDA no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Tive a oportunidade de visitar o Projeto Convivência e acompanhar o trabalho desenvolvido naquele serviço. Foi lá que tomei consciência da importância de refletir e sistematizar o meu fazer profissional. Conscientizei-me que essa sistematização precisava acontecer num movimento simultâneo e processual, cujo critério é a prática referenciando a teoria e a teoria referenciando a prática, numa cumplicidade dialética de complementaridade.

No semestre seguinte, solicitei afastamento do meu trabalho e fui residir temporariamente em Brasília para cursar, como aluno especial, duas disciplinas no mestrado do Departamento de Pós-Graduação em Política Social. Ao final dessas disciplinas, fui classificado na seleção do referido Departamento, onde pude desenvolver um estudo de caso sobre o acesso e adesão ao tratamento de detentos portadores do HIV/SIDA. Durante esse período, tive a oportunidade de trabalhar como psicólogo voluntário na equipe do Projeto Convivência, no desenvolvimento de pesquisas e em atividades de assistência às pessoas vivendo com HIV/SIDA em seguimento no HUB.

Após defender a dissertação, fui convidado a trabalhar no Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, o que me proporcionou a mudança definitiva de residência para Brasília e continuar, em minhas horas de folga, a contribuir nos trabalhos do hospital. No sentido de aprofundar meus estudos no campo das políticas sociais, dois anos depois, em 2003, participo da seleção do recém criado doutorado em política social, com um projeto de pesquisa social que objetivava identificar os fatores sociais, éticos e morais inseridos nas relações entre a equipe de profissionais de saúde e internos do sistema prisional, que dificultam a obtenção dos propósitos básicos definidos pela instituição: reeducação; ressocialização; reintegração social.

A permanência na universidade me permitiu compor a equipe de um projeto de extensão do Departamento de Serviço Social denominado Núcleo de Estudos e Ações Multilaterais de Cooperação em Educação e Saúde, que marcava o início de uma nova frente de trabalho na criação de redes de alunos para a promoção da qualidade de vida no campus. Rapidamente, este projeto constituiu-se uma referência acadêmica para subsidiar e viabilizar políticas e programas de cooperação e intercâmbios na área do HIV/SIDA, em sua complexidade e transversalidade. Muitos dos alunos que aderiram ao projeto eram oriundos de países do Continente Africano, que estavam investindo na sua capacitação técnica nesta área para contribuir profissionalmente no enfrentamento da epidemia da SIDA quando retornassem aos seus países de origem.

Coincidentemente, após a conclusão dos créditos exigidos no doutorado, fui convidado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), pela Pathfinder International e pelo Ministério da Educação e Cultura de Moçambique (MEC), a integrar sua equipe de assessoria técnica em projetos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e HIV/SIDA dirigidos aos adolescentes e jovens.

Cheguei a Moçambique em Fevereiro de 2004 e desde esta época tenho tido a oportunidade de conhecer sua história, conviver com o seu povo e contribuir

zonas produtoras de riquezas do país, ergueram fortalezas para escoamento de ouro e marfim, e iniciaram um grande comércio de escravos para Madagascar, Zanzibar, Golfo Pérsico, Cuba e Brasil (CRUZ E SILVA, 1998).

Gradualmente, os colonizadores foram conquistando o controle efetivo do território por meio de um processo difícil de dominação das diversas organizações políticas africanas que detinham o poder. Capela (1979) descreve, que ao longo do tempo, Moçambique sobreviveu na base da dependência de três sistemas: do trabalho migratório responsável pela exportação de mão de obra para as minas de minério da África do Sul; da economia gerada pela monocultura de produtos de exportação de sisal, açúcar e copra; e do recebimento de impostos pagos pela vizinha África do Sul, na utilização dos caminhos de ferro - rede ferroviária - para o transporte de mercadorias desembarcadas no Porto de Lourenço Marques, atualmente, a capital Maputo.

First & Manghezi (1983:64) nos contam que somente com as mudanças políticas mundiais e a crise do regime de Salazar, em 1959, é que se impetraram reformas políticas e econômicas que conduziram à abolição do trabalho forçado e a instalação de novas estratégias de desenvolvimento baseadas na modernização do capital pela abertura da economia ao investimento estrangeiro. Os autores sugerem que estas mudanças permitiram a ascensão de alguns moçambicanos ao *status* de pequenos agricultores ou comerciantes, porém o colonialismo português assegurou vários mecanismos impeditivos de crescimento da pequena burguesia negra, ressaltando que: “o sistema de produção agrícola e industrial manteve-se, na sua quase totalidade, nas mãos da burguesia portuguesa”.

A resistência contra a exploração econômica colonial levou à formação de diversos movimentos políticos clandestinos no interior do país e no exterior, liderados por moçambicanos que se encontravam fora do país, encorajados pelas lutas em prol da independência em curso na África do Sul, Zimbábue e Tanzânia. Como resultado deste movimento, dezessete colônias africanas se tornaram

independentes e o ano de 1960 passou a ser conhecido como o ano da não legalização internacional do colonialismo, acontecimento que acelerou e expandiu o processo de mobilização política moçambicana no sentido de lutar pela sua independência (CRUZ E SILVA, 1998)

Pequenas organizações constituídas para lutar pela independência de Moçambique participaram da Conferência das Organizações Nacionalistas das Colônias Portuguesas, convocada por Kwame Krumah, presidente de Gana, em 1961, que acabaram por se fundir e se constituir uma frente comum para enfrentar o colonialismo, que recebeu o nome de Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), comandada por Eduardo Chivambo Mondlane (FERREIRA, 1975).

A luta armada contra o governo colonial liderada pela FRELIMO, em 1964, teve como primeiros alvos os postos militares e administrativos das províncias da região norte. A FRELIMO iniciou seus ataques com uma legião de apenas 250 homens treinados na Argélia, que atuavam em pequenas unidades de dez a quinze integrantes. Três anos depois, já com um exército de oito mil soldados e contando com o reforço de populares, estendeu o campo de batalha para as outras regiões do país, sob o comando de Samora Moisés Machel, em substituição a Eduardo Mondlane, assassinado em 1967 pela PIDE - Polícia Internacional e de Defesa do Estado.

A queda da ditadura em Portugal no ano de 1974 acelerou o processo de independência das colônias portuguesas, sendo cinco na África: Moçambique; Angola; Cabo Verde; Guiné Bissau; São Tomé e Príncipe. A situação foi extremamente complexa. As guerras anti-coloniais e a ação dos anti-fascistas permitiram a abertura de um debate sobre a descolonização, desencadeando um processo de negociação entre os governantes portugueses e os dirigentes dos movimentos de libertação.

Os diversos setores da sociedade moçambicana assumiram diferentes posições sobre a independência de Moçambique: uns se opuseram à independência total; outros propuseram uma federação de estados integrada a Portugal; e ainda outros tantos, procuraram soluções que mais se aproximassem dos interesses dos grupos que representavam as suas aspirações, conveniências e convicções. O general Antonio Spínola, então governante de Portugal, sugere a realização de uma espécie de plebiscito, para que o povo moçambicano pudesse se pronunciar oficialmente sobre o destino político do território. A FRELIMO colocou-se como a única representante legítima do povo moçambicano e rejeitou a proposta (CRUZ E SILVA, 1998).

As operações armadas desenvolvidas pelos guerrilheiros da FRELIMO continuaram, mas agora sem esbarrar em qualquer resistência por parte dos militares do exército colonial, que não encontravam mais qualquer motivo para prolongar uma guerra que já durava dez anos e que, no seu entender, já não fazia mais sentido.

Representantes da FRELIMO e o governo português assinam na Zâmbia, em 7 de setembro de 1974, o Acordo de Lusaka, que institui um governo de transição, que teve como missão, assegurar a gestão do país e prepará-lo para a proclamação da independência. O referido governo foi constituído de nove ministros indicados pela FRELIMO e três indicados pelo governo português. Em 25 de junho de 1975 foi proclamada a independência, com a adoção pelo país da designação de República Popular de Moçambique e a posse de Samora Machel como presidente da república (CAPELA, 1979).

Com a saída dos portugueses, os cargos públicos passaram a ser assumidos pelos membros da FRELIMO. De acordo com Matsinhe (2005:79), as mudanças impetradas no final do período colonial não foram abrangentes de modo a produzir capacidade técnica para a sucessão, pois nesta altura, Moçambique tinha uma população de 90% de analfabetos e um número extremamente reduzido de

pessoas com formação especializada ou de nível superior. Desta forma, quase não havia pessoas com preparo para preencher os quadros da administração estatal e do aparelho econômico. Para o autor, quando se refere ao êxodo dos portugueses e de uma parcela de indianos, afirma que este processo foi acompanhado por uma sabotagem da economia do país, pelo esvaziamento de contas bancárias, exportação ilegal de bens e transferência de ativos, criando um rombo na economia do país, retratando da seguinte forma: “Na altura da independência, as infra-estruturas deixadas pelo colonialismo eram frágeis, que somadas aos atos de sabotagens perpetrados pelos “vencidos colonizadores” no período de transição, deixaram as poucas unidades industriais existentes no país quase inoperantes” .

Para agravar ainda mais o processo de reorganização do país no período pós-independência, duas das suas principais fontes de divisas foram perdidas. A África do Sul encerrou cerca de 70% dos contratos de moçambicanos que trabalhavam nas suas minas de minérios e deixou de utilizar os caminhos de ferro de Moçambique para o transporte de suas mercadorias (CRUZ E SILVA, 1998). A dimensão destas medidas é apresentada por Hermele (1988: 11), quando ressalta que “o fluxo de recrutamento de trabalhadores sofreu uma redução de 120.000 para 40.000 em um só ano”.

Moçambique aderiu as Nações Unidas contra o Zimbábue e encerrou sua fronteira com este país, abrindo mão da venda de derivados de petróleo provenientes da refinaria de Maputo, conforme descrito por Halon (1997:38), quando aborda a gravidade deste período em Moçambique: “o encerramento das fronteiras com o Zimbábue, trouxe para Moçambique um processo de desestabilização sem precedentes”. Tais fatos, somados as calamidades naturais que afetaram o país entre 1977 e 1978, como os períodos de cheias devastadoras alternados com períodos de seca, causaram efeitos de depressão na economia agrícola e levaram o país a um declínio econômico em espiral (CRUZ E SILVA, 1998).

Neste período, o mundo se dividia entre os países socialistas e capitalistas. Moçambique declarou-se um país socialista e iniciou um desmantelamento das estruturas de funcionamento do que considerava um sistema colonial ultrapassado. A estratégia assentou-se na transformação social pela prática coletiva da agricultura com a criação de aldeias comunais³ para a produção de alimentos em grande escala e no investimento da área social, preferencialmente na saúde e educação, promovendo a inserção de um grande número de crianças nas escolas primárias como estratégia de redução dos índices de analfabetismo e investindo na extensão da rede sanitária, com a criação de programas de saúde rural (FERREIRA, 1975).

Porém, as estratégias adotadas pela FRELIMO para manter a produção e a economia não conseguiram superar a crise que afetava o país. A produção das colheitas diminuiu em 40%, desencadeando um processo de migração dos trabalhadores desempregados do setor agrícola e das minas sul africanas para as cidades (NEWITT, 1997). Com o objetivo de minimizar os efeitos dessa crise, o governo implantou a Comissão Nacional de Abastecimento, introduzindo um sistema de controle de preços e um cartão de racionamento para cada família. “Essa estratégia de desenvolvimento permitiu um total monopólio pelo poder do Estado e sua hegemonia sobre as forças econômicas e políticas” (ADAM, 1997:12).

O fracasso da concentração das pessoas em aldeias comunais deu-se, principalmente, pelo não acompanhamento do aldeamento das pessoas no processo de difusão e adoção de novas técnicas e práticas tecnológicas, ocasionando que num pequeno espaço de tempo o solo começasse a ser cada vez menos fértil, a lenha e a água mais escassas e as instituições endógenas de gestão

³ Grandes unidades de produção agrícola, baseadas no uso de tecnologia moderna, atribuída pelos revolucionários como essenciais para a organização dos camponeses e exploração da terra, com base em experiências de desenvolvimento rural implementadas por países periféricos, como as aldeias socialista da Argélia (CRUZ E SILVA, 1998).

entre as comunidades e o meio ambiente se perdendo na memória dos velhos saberes locais acumulados durante gerações (FAO, 1982).

Mesmo diante destas questões sociais e econômicas em que o país se encontrava, a FRELIMO reforçou sua adesão ao processo de sanção contra o Zimbábue, agravando, ainda mais, suas relações com este país. Conforme descrito por Brito (1980), as incursões militares realizadas pelo regime de Ian Smith ao interior de Moçambique acabaram por apoiar o desenvolvimento de um movimento de oposição, denominado de Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO). O autor prossegue narrando, que com a independência do Zimbábue, em 1980, a base de apoio deste movimento foi transferida para a África do Sul, que por sua vez também passou a realizar incursões militares ao interior de Moçambique, criando um clima permanente de instabilidade.

A África do Sul tinha como objetivo retalhar a FRELIMO pelo apoio dado ao Congresso Nacional Africano, por meio da destruição de suas infra-estruturas e da sua economia, como forma de obrigá-la a sentar-se à mesa de negociações. Com o apoio militar sul-africano, a RENAMO aumentou o seu exército e iniciou uma luta armada que se expandiu por todo o país.

Com Ronald Reagan nos Estados Unidos da América e Margareth Thatcher na Grã Bretanha, a guerra fria explodiu, com conseqüências no Afeganistão, Camboja, El Salvador, Angola e Moçambique (NEWITT, 1997). O governo de Moçambique foi rotulado de comunista e entrou para a lista de adversários do governo americano, que encorajou a guerra de desestabilização contra Moçambique que já vinha sendo apoiada pela África do Sul (MATSINHE, 2005).

Essa guerra, que durou até os anos noventa, trouxe prejuízos inestimáveis. Foram destruídas escolas, hospitais e infra-estruturas econômicas, como pontes, estradas e equipamentos agrícolas. Cerca de 60% das 5.886 escolas de ensino primário do primeiro grau foram fechadas ou destruídas. Os postos de saúde de atenção

primária, que de 326 em 1975 evoluiu para 1.195 em 1984, sofreram uma baixa de mais de quinhentas unidades. Estima-se que cerca de um milhão de pessoas tenham perdido a vida, mais de 1,7 milhões de moçambicanos refugiaram-se em países vizinhos e pelo menos três milhões deslocaram-se para fora de suas zonas de origem (CRUZ E SILVA, 1998).

Em julho de 1990 o governo e a RENAMO dão início as conversações em Roma e em outubro de 1992, o então presidente Joaquim Chissano - que esteve no poder até 2004 - e Afonso Dhlakama - líder da RENAMO - assinaram o acordo de paz.

As crises econômicas sucessivas e os processos de conflitos e transições que marcaram a história de Moçambique - ruptura do tecido social; agravamento da pobreza; falta de políticas consistentes de proteção social; alto grau de analfabetismo; elevadas taxas de mortalidade infantil; e queda da esperança de vida - elevaram, sobremaneira, o nível de exclusão social de sua população, colocando-o entre os mais altos do mundo até hoje. A subordinação do Estado aos projetos e programas econômicos de reajustamento estrutural e de reformas implementados “tiveram efeitos diretos no peso das políticas sociais no orçamento do Estado e erodiram a sua capacidade de contrariar os impactos das políticas neo-liberais” (CRUZ E SILVA, 2004:3).

Perversamente, é nesse contexto de guerra civil, que surge os primeiros casos da SIDA no país.

É nessa conjuntura, caracterizada pela conquista da independência e pelo subsequente eclodir de uma guerra civil que se prolongou por 16 anos, que emerge o drama da epidemia do SIDA e todas as tramas a ela associadas e que lhe são constitutivas. (MATSINHE, 2005: 35).

A situação conjuntural e as medidas adotadas desde então, condicionaram e determinaram a reconhecida invisibilidade do HIV/SIDA, principalmente nos anos 80 e 90. Os níveis alarmantes de infecção verificados no início da década

seguinte levaram a inclusão da epidemia na agenda pública do país e o estabelecimento de políticas e estratégias, envolvendo os diversos setores do governo, organizações não-governamentais e comunitárias, direcionadas, sobretudo, para ações de prevenção. Essa conjuntura, associada ao contexto das políticas internacionais influenciadas pelas agências multilaterais, “criaram um ambiente propício para a revalorização e, em muitos casos, a reativação ou criação de redes de solidariedade, diferentes formas de associativismo e práticas cooperativas, em busca de alternativas que assegurassem o acesso de determinados grupos sociais a bens essenciais e à mitigação das carências sociais” (CRUZ E SIVA, 2004:6).

Para além das tradições comunitárias e diversidade de grupos étnicos em Moçambique, marcadas pela interação orgânica e participativa de todos os grupos e segmentos da população agregada, no campo e nas cidades, a participação social é referência imprescindível para a compreensão das políticas sociais na história contemporânea de Moçambique.

Uma das medidas adotadas como estratégia governamental para a reconstrução nacional, pós-independência, tem como referência teórica e organizacional o modelo programático do “desenvolvimento da comunidade”, adotado nos países desenvolvidos, componentes do “Welfare State”, como estratégica, técnica e ideológica, de administração de conflitos e organização comunitária para o desenvolvimento econômico e social. Este modelo está presente fortemente até hoje nos principais documentos referenciais do país, como o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta II (PARPA) e no Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS), ambos para o período de 2005-2009.

De acordo com análise realizada por Santos (2005), o desenvolvimento desta estratégia de combate a pobreza em Moçambique, introduzida por organismos internacionais numa dimensão de desenvolvimento globalizado, não obteve as respostas desejadas, devido a um conjunto de fatores: o país encontrava-se em

situação de extrema precariedade; as estruturas governamentais eram fragilizadas; e a sociedade civil estava desmobilizada e despreparada para receber com visão crítica e política as ajudas externas.

Estes fatores facilitaram a imposição de metodologias de intervenção social incompatíveis com os modos de vida, culturas e práticas comunitárias, agravadas pela ausência dos beneficiários em todas as fases de desenvolvimento dos projetos. Para o autor, foi desconsiderada a noção de que a participação é um processo social que resulta da ação de forças sociais que são constituídas como tais, a partir de determinantes como as classes e os grupos sociais, as relações inter-éticas e de gênero, dentre outras, e que pressupõe dispositivos que promovam a autonomia e a emancipação, como requisitos fundamentais para o enfrentamento coletivo desses desafios.

As conseqüências deste processo longo de conflitos e da recente independência estão refletidas, fortemente, na situação atual do país. De acordo com o relatório de 2004 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento da População, Moçambique é um dos países menos desenvolvidos do mundo. Na classificação dos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) ocupa a 171^a posição entre 177 países. Apesar de ter apresentado uma taxa de crescimento exponencial de 17% em 2003, seu maior desafio ainda é o de promover um crescimento sustentável e reduzir o nível de pobreza absoluta em que se encontra 69,4% dos seus 16,1 milhões de habitantes (INE/CENSO, 1997).

Alguns aspectos apresentam-se como determinantes-chaves para os níveis de pobreza: baixos índices de crescimento econômico no início dos anos 90; baixos níveis de escolaridade, especialmente entre as mulheres; elevadas taxas de dependência entre os agregados familiares; baixa produtividade agrícola; falta de oportunidades de emprego; graves deficiências de infra-estruturas, particularmente nas áreas rurais (ONU/ACPNUP, 2000).

Em resposta a esse cenário, encontra-se atualmente em implementação o PARPA II, que contempla na sua concepção diferentes elementos programáticos que visam imprimir um crescimento acelerado à economia e investimento no desenvolvimento do capital humano, onde a educação, a saúde pública e a ampliação dos postos de trabalho são os alicerces principais. A sua meta é reduzir em dez pontos percentuais a incidência atual da pobreza absoluta até o final de 2009.

Porém, até agora, os esforços para melhorar a qualidade de vida da população pela redução da pobreza têm sido ofuscados pelo alto nível de corrupção em que vive o país, que distância ainda mais o governo das metas propostas, com um orçamento extremamente dependente de ajuda externa.

Características Sócio-demográficas

A população moçambicana é predominantemente jovem. A idade mediana é de 17,2 anos e o índice de gênero é de 92 homens para cada 100 mulheres. O número médio de pessoas por agregado familiar é de 4:1 na zona urbana e de 5:1 na zona rural. Do total de agregados familiares, 22% é chefiado por mulheres e 69,9% dos(as) chefes dos agregados familiares não possui nenhuma escolaridade (INE/CENSO, 1997).

A situação dos adolescentes e jovens moçambicanos, tanto das zonas urbanas, como das zonas rurais, é bastante delicada, visto que são afetados por problemas estruturais do país como: pobreza; fome; falta de acesso à saúde e educação; desemprego; exclusão social; falta de atividades de lazer, entre outros. A maioria da população vive nas zonas rurais e quase metade da população urbana, encontra-se na cidade de Maputo. Cerca de 70% das pessoas que moram em áreas suburbanas e rurais mantêm uma economia doméstica baseada na agricultura de subsistência (INE/CENSO, 1997).

A insegurança alimentar apresenta-se como um grave problema no país, sendo que mais da metade da população sofre de desnutrição. A taxa nacional de óbito em crianças abaixo do primeiro ano de vida é de 124/1.000, sendo 95/1000 nas áreas urbanas e 135/1.000 nas áreas rurais (INE/MISAU/IDS, 2004). A deficiência das infra-estruturas viárias, como estradas e pontes é grande em todo o país, dificultando o acesso da população aos serviços sociais. Em algumas localidades, o serviço de saúde ou a escola situa-se a mais de 40 quilômetros de distância (OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA, 2005).

O desemprego e a empregabilidade representam grandes desafios em Moçambique. Embora o país tenha registrado um crescimento econômico positivo nos últimos anos, este crescimento não foi acompanhado por tendências similares na criação de empregos. Estas informações foram publicadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE/CENSO,1977), que não revela a taxa de desemprego e subemprego no país, ressaltando apenas, que o desemprego tem aumentado sensivelmente desde a década de 90, com a retirada do Estado como interveniente direto do processo produtivo, por meio da política de privatizações. Com esta opção de modalidade de desenvolvimento econômico, muitas unidades produtivas, então existentes no país e em pleno processo laboral, foram encerradas com o argumento de não serem rentáveis, gerando um número elevado de cidadãos desempregados (PNUD/RA, 2005).

A taxa de participação da força de trabalho é de 70,7%, relativamente alta, porém explicável pela grande participação feminina na agricultura, que chega atingir 71.8%, superando a masculina que é calculada em 69.4%. A potencialidade agrícola do país é de 36 milhões de hectares de terra arável, dos quais, apenas cinco milhões são cultivados. A terra sob cultivo é mantida por 3,5 milhões de famílias de pequenos agricultores que produzem milho, algodão, caju, açúcar, chá, mandioca, arroz, feijão, coco e frutas (INE/CENSO, 1997).

Apenas 10% da força de trabalho do país é constituída de trabalhadores(as) do mercado formal. Desta, 3,1% está absorvida pelo setor público e 6,9% pelo setor

privado. Os demais, desenvolvem atividades no mercado informal (PNUD/RA, 2005). Cerca de 90% das pessoas que procuram emprego possuem uma escolarização de menos de nove anos e 62% não apresenta qualificação para o cargo a que concorrem (INE/CENSO, 1997). As taxas de emprego entre os jovens no setor formal, principalmente na zona rural, são extremamente baixas, 2.3%, crescendo nas zonas urbanas para 15%. As perspectivas futuras de emprego para os jovens são sombrias, devido ao lento crescimento do mercado de trabalho formal (ONU/ACPNUP, 2000).

A falta de postos formais de trabalho tem levado os adolescentes e jovens a buscarem formas alternativas de recursos para seu sustento e contribuição no orçamento familiar. Além do trabalho na agricultura, majoritariamente nas áreas rurais, acabam por desenvolver trabalhos domésticos, vendas ambulantes de materiais de consumo e artesanato, e em muitos casos, especialmente para as mulheres jovens, o comércio do sexo.

O grau de analfabetismo no país é de 58%, sendo 73% entre as mulheres, bem superior aos homens, que atinge 40,2% (PNUD/RA, 2005). Na zona rural é onde encontramos o maior número de cidadãos moçambicanos que não sabem ler e escrever, não só português, mas em qualquer uma das 18 línguas nacionais. O analfabetismo atinge índices de 68,9% nas zonas rurais e 31,4% nas zonas urbanas. Se tomarmos como referência os jovens entre 15 e 19 anos, o grau de analfabetismo chega a 40,9%, sendo 30,1% entre os homens e 51,0% entre as mulheres. As províncias do norte do país são as que apresentam os índices mais elevados (INE/CENSO, 1977).

A necessidade dos adolescentes e jovens contribuírem desde cedo para o orçamento familiar, o casamento, a gravidez na adolescência e o número insuficiente de escolas, são quatro das principais causas para esse alto número de jovens sem escolaridade. Do total de matriculados nas Escolas Secundárias do país, somente 32% corresponde às mulheres.

Apenas metade das crianças entre 6 e 10 anos encontra-se atualmente freqüentando a escola. É no grupo etário entre 11 e 12 anos, que encontramos a maior taxa de vínculo escolar, representada por 73%, decrescendo para 68% entre os 13 e 15 anos e para 43.3% no grupo entre 16 e 17 anos (INE/CENSO, 1997). Tal fenômeno pode ser explicado pela confluência de três fatores: a maior parte dos estudantes se encontra em níveis inferiores ao que corresponde o seu grupo etário; pela entrada tardia na escola; e pelas elevadas taxas de reprovação, que atinge 46.5% entre os rapazes e 53.5% entre as meninas. Do total de estudantes que concluem o ensino secundário, menos de 1% ingressa para instituições de ensino superior (MEC/DNPC, 2005).

A taxa de desistência de crianças e jovens das escolas é alta, chegando a atingir 21,5% no grupo etário entre 13 e 17 anos em 2003. A maior parte das desistências é proveniente de mulheres. Mas é entre os pobres urbanos que se verifica o maior índice de abandono. Tais taxas têm sofrido um aumento progressivo dado a quantidade de crianças e jovens que ficam órfãos ou doentes pela SIDA (INE/CENSO, 1997).

Um importante fator que dificulta o desenvolvimento da área de educação em Moçambique diz respeito à formação e oferta dos professores. Um terço destes não tem formação adequada, principalmente fora das áreas urbanas. Se o aumento do número de matrículas, particularmente no ensino primário, ultrapassa a capacidade do sistema de produzir professores qualificados em número suficiente, com a progressão acelerada da epidemia do HIV/SIDA, esse quadro tende a se agravar pela perda de professores vítimas das infecções oportunistas derivadas da SIDA (CNCS/PEN II, 2004).

Saúde em Moçambique

O quadro epidemiológico de Moçambique é marcado em larga escala por doenças transmissíveis infecciosas e parasitárias, principalmente: malária; diarreias; infecções respiratórias; tuberculose; SIDA. O país apresenta taxas de mortalidade materna, mortalidade infantil e juvenil e de prevalência de desnutrição crônica, entre as mais elevadas da África Subsaariana. O acesso aos serviços de saúde é restrito, principalmente nas áreas rurais, aumentando o nível de dificuldade na medida em que aumenta a complexidade da demanda (MISAU/PESS, 2000).

A nutrição deficiente; o meio ambiente desfavorável para a saúde, como o tratamento deficiente de lixos e excretos humanos, estagnação de águas pluviais por deficiente drenagem, abastecimento de água potável disponível somente para 35% da população; e a disparidade regional no acesso e consumo dos cuidados de saúde, são fatores determinantes que dificultam respostas rápidas e eficazes no campo da saúde pública (ONU/ACPNUP, 2000).

As noções de saúde e doença, preconizadas pela medicina tradicional, são influentes no país. Os sintomas e manifestações assumem uma dimensão holística, sendo percebidas não apenas como desequilíbrio físico, mas como disfunções em relação ao todo social. De acordo com Honwana (2002:46), saúde e doença têm como pressupostos “as relações entre seres humanos e o social, os seres humanos e o ambiente, os seres humanos e os antepassados e entre estes e o meio ambiente”. Ainda para a autora, existe um conjunto complexo de forças, valores, normas e práticas que orientam os indivíduos, mantendo assim, a harmonia destas relações. Tais forças encontram-se interligadas antologicamente, ou seja, os antepassados continuam a fazer parte da vida da comunidade em espírito, exercendo grande influência na vida dos seus e da comunidade. São fortemente determinadas pela cultura e religião.

Na medicina tradicional, as doenças são classificadas e divididas de acordo com a origem e agente causador, divididas em dois grupos principais: as causadas por

condições biofísicas naturais, que podem ser tratadas por membros mais velhos da comunidade, que conhecem as formas de curá-las; e as doenças provocadas por intervenção de forças maléficas. Este tipo de doença exige tratamento mais complexo, que requer a intervenção de espíritos dos antepassados e capacidades extra-sensoriais de comunicação com entidades sobrenaturais. Neste momento, intervém o médico tradicional, denominado por *Nyamumoro* ou *Nhanga*, que através de consultas aos espíritos, indica o diagnóstico e a cura (LOFORTE, 2003).

O Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional do Ministério da Saúde de Moçambique (GEMT) tem desenvolvido um trabalho notável, recolhendo informações sobre as concepções e práticas da medicina tradicional em diversas partes do país. Um dos aspectos mais significativos desse trabalho é o conhecimento de doenças, descrevendo-as e classificando-as. Para a identificação destas doenças, os informantes da GEMT explicam que a medicina tradicional parte da sintomatologia, portanto, das manifestações perceptíveis destas, pelos quais são feitos os diagnósticos e se prescreve o tratamento adequado.

No conjunto de saberes e práticas, a SIDA é uma doença recente que ainda não foi devidamente descrita e assimilada pela medicina tradicional. As doenças oportunistas e associadas, recorrentes nos quadros de SIDA, acabam confundidas e assimiladas a outras doenças, como a malária e tuberculose. A dificuldade de destrinchar os sintomas da síndrome de maneira clara, faz com que os médicos tradicionais e, conseqüentemente as comunidades por eles influenciadas, coloquem em xeque a sua própria existência, dado que ela se manifesta por meio de doenças oportunistas, algumas delas, bastante conhecidas pela medicina tradicional. Por esta razão, a natureza do HIV suscita reservas e desconfianças por alguns grupos sociais. Algumas pessoas questionam sua existência, visto que, trata-se de um vírus com longo período de incubação, não admitindo assim, uma doença assintomática que se revela mais tarde (CNCS/PEN II, 2004).

Embora o direito de acesso à assistência médica esteja garantido a todos os cidadãos moçambicanos na Constituição da República de Moçambique em vigor desde 2004, conforme confirma o texto dos artigos apresentados a seguir, o setor público, que constitui também um grande prestador de serviços de saúde em escala nacional, apresenta escassez crônica de insumos essenciais e de recursos humanos para a prestação de cuidados à saúde, repercutindo, negativamente, no acesso e na qualidade da atenção, sobretudo nas áreas rurais (MISAU/PESS, 2000):

Artigo 94 - Todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, e o dever de promover e defender a saúde;

Artigo 116- Todos os cidadãos têm igualdade de acesso à assistência médica através do Sistema Nacional de Saúde (SNS);

Artigo 35- Todos os cidadãos são iguais perante a lei, gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, lugar de nascimento, religião, grau de instrução, posição social, estado civil dos pais, profissão ou opção política;

Até meados da década de 90, os recursos humanos do setor de saúde eram caracterizados por uma proporção excessiva de pessoal técnico de nível elementar e básico, com uma percentagem reduzida de técnicos de nível médio e de formação universitária (MISAU/PESS, 2000). O Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) vem, paulatinamente, reduzindo essa distorção, mas ainda denota-se uma grande deficiência de recursos humanos qualificados. A escassez é notória, principalmente nas áreas de cuidados hospitalares gerais e atenção especializada. Nas localidades de difícil acesso, os cuidados de saúde no modelo biomédico são desenvolvidos por agentes comunitários, na grande maioria sem formação específica para lidar com situações atípicas de algumas patologias ou dos cuidados obstétricos (MISAU/PESS, 2004).

Apesar dos esforços que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) vem desenvolvendo para tentar reduzir os desequilíbrios regionais de oferta aos serviços de saúde e

redução do índice de iniquidade, a população continua com acesso bastante limitado aos cuidados de saúde (CNCS/PEN II, 2004). A grande demanda ocasionada pelo crescimento da epidemia do HIV/SIDA tem agravado ainda mais esse quadro.

Para além do fornecimento de infra-estruturas, historicamente tem-se dado pouca atenção a outras estratégias importantes para enfrentar esse desafio. Faz-se necessário uma abordagem mais ampla e inclusiva que promova a participação dos usuários nas atividades dos serviços e nas tomadas de decisões; a criação de mecanismos que evitem que os entraves financeiros limitem o acesso aos cuidados, principalmente para os grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes e mulheres; e a promoção de um equilíbrio de gênero na política e nos recursos humanos do sector (MISAU/PESS, 2004).

O Governo de Moçambique vem se empenhando em aumentar a cobertura de cuidados na área da saúde, que em 1992 era de 25%, elevando em 1999 para 29% (MISAU/PESS, 2000). Apesar dessa evolução, a existência de uma rede de saúde de 1.238 unidades, das quais, 95% são unidades de atenção primária, faz com que o acesso seja, ainda, insipiente (MISAU/DAM, 2004).

As estratégias adotadas para minimizar esse quadro como brigadas móveis, comitês de líderes da comunidade e formação de trabalhadores de saúde, não têm conseguido atingir a meta definida pelo MISAU que é atingir a cobertura de 50% da população. A falta de equipamentos, materiais e de profissionais de saúde treinados dificultam, sobremaneira, a promoção da emergência básica, cuidados obstétricos essenciais e a atenção aos principais problemas de saúde da criança e do adolescente (MISAU/PESS, 2001).

Uma avaliação dos cuidados obstétricos realizada em 2001 pelo MISAU revelou que algumas instituições de saúde que deveriam executar cuidados obstétricos básicos e complexos, como maternidades periféricas e hospitais rurais, são

incapazes de prestar emergência adequada e lidar com as complicações principais (MISAU/PESS, 2001). A percentagem nacional de partos assistidos por algum profissional de saúde no país é de 48%, sendo 81% nas áreas urbanas e 34% nas áreas rurais. A cidade de Maputo apresenta o maior índice do país, atingindo 89% (INE/MISAU/IDS, 2004).

As atividades sexuais, o casamento (ou união marital) e a gravidez, são práticas culturais que se iniciam cedo em Moçambique. A idade mediana na altura da primeira relação sexual é de 16,1 anos para as mulheres e de 16,8 para os homens. Até aos 19 anos, 41% das mulheres ficam grávidas ou já são mães. Na cidade de Maputo encontramos uma taxa de 20%, a mais baixa do país. A taxa média nacional de filhos por mulher é de 5,5, sendo 4,4 nas áreas urbanas e 6,1 nas áreas rurais. Na cidade de Maputo esta taxa cai para 3,1 (INE/MISAU /IDS, 2003).

O número de mulheres entre 15 e 49 anos que não fazem uso de nenhum método contraceptivo no país é de 81.8%. No mesmo grupo etário, mas em união marital, a situação é ainda mais dramática, atingindo 88.3%, com ênfase nas províncias da região norte. Na cidade de Maputo essa taxa é de 60,8%. Se considerarmos somente o grupo etário dos 15 aos 24, encontramos 83,9% para as meninas e 76,0% para os rapazes. Os métodos contraceptivos mais utilizados no país por mulheres em união marital entre os 15 e 49 ano são: a pílula que representa 5.4% desse grupo de mulheres; as injeções, que são utilizadas por 4.2% delas; e o preservativo, utilizado somente por 3.7% (INE/IDS, 2004).

De acordo com a legislação vigente no país, o aborto é permitido somente para salvar a vida da mulher ou para preservar sua saúde física e mental. A legislação é restritiva, sendo o aborto considerado ilegal. No Código Penal, o artigo 358, atualmente em vigor, penaliza a mulher e o profissional que realiza o aborto à pena de dois a oito anos de prisão. Entretanto, o aborto se encontra disponível nos principais hospitais do país, mediante pagamento. Registra-se que só no Hospital Central de Maputo (HCM) foram realizados cerca de 50.000 abortos nos últimos

15 anos (HCM/SGO, 2006). O acesso de adolescentes e jovens é permitido, se portarem um termo de responsabilidade assinado por qualquer cidadão com idade superior a 18 anos. Mesmo com essa relativa disponibilidade, o aborto inseguro é altamente praticado, se constituindo numa das principais causas diretas de mortalidade materna entre adolescentes e jovens (MISAU/DAM, 2004).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 13% das mortes maternas em Moçambique é resultante de abortos inseguros (OMS/RA, 2004). A segunda causa de morte no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCM em menores de 20 anos no ano de 1998, foi por aborto séptico. No relatório da Instituição, a grande maioria das mulheres que recorre ao aborto, tanto hospitalar como o inseguro, tende a ser jovem, solteira, desempregada e com pouca escolaridade (HCM/SGO, 2006). A estratégia adotada no país para a redução da mortalidade materna, que enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada de expansão e descentralização de cuidados de emergência obstétrica para todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde (SNS), tem no tratamento das complicações do aborto, um dos seus mais importantes componentes, porém, na prática, esse tipo de cuidado não se encontra disponível, salvo algumas poucas iniciativas pilotos (PNUD/RA, 2004).

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) apresentam-se como uma das principais razões para as consultas de saúde entre adultos, chegando a representar em algumas localidades cerca de 20% do total das consultas (MISAU/PESS, 2001). É baixa a integração do tratamento das DST no Sistema Nacional de Saúde, em particular, nas consultas pré-natais e de planeamento familiar. No que concerne aos adolescentes e jovens, as DST representam o terceiro motivo de procura por atendimento nos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), com variações provinciais (MISAU/DSC, 2005).

Os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e jovens estão consagrados em diversos documentos que Moçambique subscreveu, entre eles o da

Conferência Nacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo em 1994. Especificamente para os adolescentes e jovens, o acesso aos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva aumentou nos últimos cinco anos (CNCS/PEN II, 2004). Os Ministérios da Saúde, Educação e Cultura e Juventude e Desportos, em parceria com organizações não governamentais nacionais e internacionais e agências das nações unidas, vêm implantando Centros de Aconselhamento em escolas e Associações Juvenis, com atividades de educação, informação, aconselhamento e referencia para os 180 Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), que são serviços de saúde dirigidos exclusivamente aos adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos, espalhados por nove das onze províncias do país, aos quais irei me deter mais à frente.

Na capital Maputo, onde vivem os informantes de nossa pesquisa, é onde encontramos os melhores indicadores sociais do país, assim como o maior número de equipamentos de educação e saúde, em relação ao número de habitantes. A cidade está localizada no extremo sul do país, com uma superfície de 300 Km² e 1.058.833 habitantes, que corresponde a 5,7% da total da população. A idade mediana de seus habitantes é de 20,1 anos (INE/CENSO, 1997).

Quadro 1. Moçambique: Indicadores Sociais - Nacional e Cidade de Maputo - 2003

Indicadores Sociais	Cidade de Maputo	Nacional
Índice de Desenvolvimento Humano	0,58	0,28
Índice de pobreza Absoluta	15,8	69,4
Taxa de analfabetismo (maior ou igual a 15 anos)	23,7	57,6
Esperança de vida ao nascer	61,4	45,3
Mortalidade Infantil (< 1 ano/1.000 NV)	49,7	129,4
Taxa Bruta de Mortalidade/1.000	7,4	18,2
Taxa Bruta de Natalidade/1.000	33,9	42,2

Fonte: MISAU/Direção de Planificação e Cooperação - Perfil Estatístico Sanitário (2000-2003)

A cidade de Maputo possui 61 escolas primárias, 24 escolas secundárias, 35 centros de saúde e 5 hospitais. Para o atendimento nas unidades de saúde encontravam-se disponíveis 1.792 trabalhadores, sendo: 72 profissionais de nível superior; 296 de nível médio; 414 de nível básico; 95 de nível elementar e 915 de

apoio geral, conforme últimos dados dessa natureza divulgados pelo MISAU, que se referem ao ano de 2001 (MISAU/PESS, 2001).

Embora os habitantes de Maputo apresentem uma predominância de elementos de modernidade por um maior acesso à informação, bens e serviços, a diversidade em termos de estruturação social e a mobilidade periódica da população configuram uma coabitação de dinâmicas de ordem tradicional e moderna.

O advento da SIDA no mundo e em Moçambique

O jornal *The New York Time*, na sua edição de três de julho de 1981, publicou, em sua sessão de medicina, um artigo intitulado “Câncer raro observado em quarenta e um pacientes”, baseado em dados oficiais da Agência Federal de Epidemiologia Americana CDC - Centers for Disease Control And Prevention. Tratava-se de uma doença que não se enquadrava nos modelos patológicos e epidemiológicos das infecções descritas até então, e afetava homossexuais masculinos provenientes de grandes cidades norte americanas, conforme descrito por Camargo (1994:76): “um organismo novo, cuja reprodução, transmissão e controle eram desconhecidos dos meios científicos e que se manifestava preferencialmente em hospedeiros humanos marginalizados pela sociedade contemporânea”. Esse artigo esboçou e tornou público os principais elementos de uma síndrome que iria se tornar uma pandemia global, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O aparecimento dessa nova síndrome e o aumento sucessivo de casos identificados em diversas partes do planeta, causou um choque nas principais instituições de saúde pública, que no final da década de setenta, estavam quase convencidas de que grandes ameaças bacterianas e viróticas se tornara coisa do passado. A partir desse novo cenário, elas iniciaram um movimento no sentido de produzir conhecimento que pudesse trazer subsídios para uma resposta eficaz. O primeiro grande avanço foi embalado por uma guerra de vaidades entre dois chefes de grupos diferentes de centros de pesquisa - Luc Montagnier, do Instituto

Pasteur de Paris e Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer de Bethesda (EUA) - que após uma série de processos legais pelo direito de autoria, anunciaram o isolamento de um novo vírus, o HIV, causador da síndrome, assim como as suas formas de transmissão, que estão associadas ao contacto com líquidos corporais humanos, especificamente, sangue, esperma, secreção vaginal e leite materno.

A transmissão por via sexual e sua instalação inicial, preferencialmente, em grupos considerados marginalizados, fez com que, ao mesmo tempo em que a epidemia do HIV crescia atingindo o *status* de pandemia, crescia também sua associação com pecado originado por conduta promíscua, ficando a flecha do preconceito e do estigma, configurando um retrocesso aos primórdios do conceito de doença anunciado pelo cristianismo, com sua concepção dualista de doença como “castigo divino”, que só a partir do renascimento saiu da esfera do sagrado e passou a ser encarada como um fenômeno social que deve ser estudado enquanto tal e enquanto fenômeno só completamente inteligível em um contexto biológico, psicológico e social (KROKOSZ, 2005).

Passadas mais de duas décadas do convívio do mundo com a SIDA, verifica-se ao longo do tempo o esforço de vários setores da comunidade mundial no sentido de buscar estratégias para o controle de sua propagação, melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas e busca da cura. Uma mobilização mundial positiva e propositiva, que transcende fronteiras e especificidades regionais, apresentando respostas mundiais focalizadas em localidades e espaços temporais e geográficos, onde as vulnerabilidades se materializam no cotidiano das pessoas, conforme tão bem apresentado por Matsinhe, (2005:22)

O tenso e complexo processo de engajamento dos diversos atores em torno de uma doença com características peculiares permitiu que, num pequeno espaço de tempo, fossem gerados consensos sobre os vários aspectos relativos à doença, como a identificação e definição do agente causal, suas características variantes, suas características genéticas, leque de sintomas associados, possíveis

drogas paliativas, materialização de agendas de investigação científica em busca de vacinas ou cura, assim como inventários de possíveis rotas de propagação e grupos sociais mais expostos ou propensos a contrair o vírus.

Apesar dos grandes avanços que permitiram que atualmente a SIDA, em diversos países do mundo, com serviços de saúde de qualidade, garantia de direitos das pessoas infectadas e acesso à terapia antiretroviral, já seja encarada como uma doença crônica, e que como diversas outras necessita de controle médico regular e boa adesão ao tratamento e medicamentos, e uma associação de fatores sociais, comportamentais e institucionais para o seu convívio, em outros países ela ainda se apresenta como o maior problema de saúde pública, dizimando comunidades, afetando seriamente a qualidade de vida das pessoas infectadas e provocando um impacto econômico de grandes proporções, com sérios rebatimentos na força produtiva do país.

Os dados epidemiológicos atuais da pandemia do SIDA são assustadores. O relatório do Programa das Nações Unidas para a SIDA (UNAIDS), apresentado na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS), realizada na cidade de Nova York em junho de 2006, estima que 65 milhões de pessoas já foram atingidas. Destas, 26.4 milhões já perderam suas vidas e 38.6 milhões de pessoas vivem com HIV/SIDA, o maior número de pessoas infectadas ao mesmo tempo desde o surgimento da síndrome. Somente no ano de 2005, foram 4.1 milhões de pessoas infectadas e 2.8 milhões de mortes.

Pela sua estreita relação com a pobreza, é nos países em desenvolvimento que a epidemia tem encontrado o mais fértil terreno para a sua expansão, perversamente determinada pelas desigualdades sociais. A África Subsaariana, onde está situado Moçambique, é a região do mundo mais afetada pela epidemia, com 24.7 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA, correspondendo a 64% da somatória mundial. Estima-se que ela alberga 10.5 milhões de jovens vivendo com HIV/SIDA e 12.5 milhões de órfãos por SIDA. Metade de todas as novas

infecções no mundo – sete mil diárias – ocorre nessa região entre adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos (UNAIDS/AR, 2006). Passador & Thomaz (2006:2), quando se referem à epidemia do HIV/SIDA na África Austral, alertam que “esse fenômeno deve ser entendido de forma sistêmica, uma vez que as fronteiras entre os países são bastante permeáveis, com circulação populacional historicamente significativa entre os países, o que resulta num desenho epidemiológico que não se define pelas fronteiras nacionais”.

A epidemia da SIDA é uma das mais graves já ocorridas no Continente Africano, em particular na África Subsahariana. Dado que a SIDA afeta, principalmente, as faixas etárias mais produtivas da população, seus rebatimentos negativos no desenvolvimento de alguns países desta região são gritantes, porque na medida em que afeta diretamente a produtividade, coloca em risco a segurança alimentar das famílias, das comunidades e da economia nacional. O impacto negativo da SIDA para o desenvolvimento tem se tornado cada vez mais evidente em alguns países, como o Malawi, Moçambique, Suazilândia, Zâmbia e Zimbábue, que atualmente vivem uma crise humanitária e alimentar, significativamente agravada pela crise subjacente da epidemia do HIV/SIDA (PNUD/RA, 2004).

Quadro 2. Percentual de soroprevalência do HIV em países africanos, 2005.

País	Taxa
Suazilândia	33,4%
África do Sul	30,2%
Botsuana	24,1%
Zimbábue	20,1%
Namíbia	19,1%
Zâmbia	19,0%
Malauí	17,1%
Angola	3,7%

Fonte: Population Reference Bureau, 2006

As taxas de crescimento já apresentam quedas significativas nos países mais afetados pela SIDA, como Botsuana, África do Sul e Zimbábue, ocasionada pelo declínio das taxas de fertilidade. Ao dizimar pessoas em idade produtiva, a SIDA vem contribuindo para o agravamento do *ratio* de dependência – o *ratio* entre adultos produtivos e dependentes - sobretudo em situações de carência alimentar, na medida em que os adultos subnutridos têm avançado mais rapidamente para a fase final da doença (CNCS/PEN II, 2004).

O Population Reference Bureau (2005), que produz com regularidade dados atualizados sobre a população mundial, já prevê um crescimento negativo da população em diversos países do continente africano, devido ao aumento na mortalidade relacionada com a epidemia da SIDA. Em seu relatório anual de 2005, estima uma evolução na população da Suazilândia em 2% negativos e em 26% negativos na África do Sul, assim como, um declínio de 60% das taxas de crescimento no Quênia e de 40% na Nigéria, até 2010.

As investigações sobre o impacto nas economias nacionais dos países causadas pela SIDA, expressos pelos indicadores macroeconômicos, ainda são insuficientes para se desenhar um panorama mundial, porém algumas informações relativas a diversos países apontam para um crescimento progressivo. Arndt (2000), que realizou uma análise sobre as perspectivas macroeconômicas da África do Sul, no período de 1997 a 2010, projetou que o Produto Interno Bruto (PIB) daquele país será 17% mais baixo até o ano de 2010, do que teria sido se a SIDA não existisse.

Para o autor, o PIB *per capita*, que equivale a produção por pessoa, sofrerá uma redução de 7% no mesmo período. Esta diferença reflete a probabilidade das pessoas com rendas mais baixas ou sem emprego formal, as que primeiramente deverão ir a óbito pelas doenças derivadas da SIDA.

Loewenson & Whiteside apud Jackson, H. (2004), consideram três fatores críticos mundiais que configuram o impacto macroeconômico da SIDA: a distribuição dos níveis de riqueza e pobreza; as normas e valores sociais; e o modelo de assistência social adotado pelo país. O Health and AIDS Economics Research Department (2004), da Universidade de Natal em Durban, África do Sul, que investigou os impactos econômicos causados pela epidemia da SIDA na África Austral, expressou em seu relatório de 2004, os impactos macroeconômicos que consideraram principais na redução do PIB dos países mais afetados: redução das poupanças e investimentos nacionais, que, em si só, são fundamentais para o crescimento; aumento das despesas com a saúde, pelos custos de investimento e gastos no setor produtivo; probabilidade de redução de despesa na área de educação, dificultando a formação de técnicos e de mão de obra qualificada; perda de pessoal com qualificação para a gestão dos setores públicos e privados; aumento da pobreza; crescimento do setor informal; capacidade reduzida de governabilidade; aumento da instabilidade e da insegurança nacional.

O impacto da SIDA sobre as famílias e comunidades se traduz pelo agravamento da pobreza financeira, pelo sofrimento físico e emocional das pessoas infectadas ou afetadas indiretamente e pelos diversos fatores psicossociais oriundos do falecimento de entes queridos. Nas comunidades onde o estigma e a discriminação relacionados à SIDA se faz presente fortemente, esse impacto é ainda maior, dado as manifestações de perda de emprego, da perda de residência e dos conflitos conjugais e familiares (UNAIDS/AR, 2005).

O Botsuwana Institute for Policy Development Analysis (2001), já anunciava um rápido aumento do número de famílias à condição de indigência, devido ao

aumento progressivo da epidemia do HIV/SIDA. Em seu relatório sobre o impacto da SIDA nas famílias de Botsuana, estimou que até 2010, mais da metade de todas as famílias que vivem naquele país terá, pelo menos, um familiar infectado e um quarto destas, irá perder sua principal fonte de renda. Tal situação é ainda mais agravada pelo aumento nas despesas com serviços de saúde, medicamentos, transporte e funerais; redução de despesa com gêneros alimentícios, vestuário e ensino; aumento da carga de trabalho para as mulheres e crianças; retirada das crianças da escola; venda de patrimônio; pressão emocional; riscos de estigma, isolamento e rejeição.

O Relatório da UNAIDS de 2005, que faz uma análise sobre a situação da epidemia da SIDA no mundo, baseado em dados de 58 países, apresenta a extensão da epidemia, principalmente na Ásia e na África Subsaariana, nesta, derivada da pobreza, de fatores culturais e da hierarquia de gênero. Porém enfatiza uma série de avanços na resposta mundial, por evidências significativas de mudança de comportamento, como o crescimento no número de pessoas adeptas do preservativo, com menos parceiros sexuais e propensas a iniciar a vida sexual mais tarde. O relatório defende que “como não é possível reverter essa epidemia e seus prejuízos em curto prazo, precisamos sustentar uma reação em grande escala durante as próximas décadas” (UNAIDS/AR, 2005:138)

A Organização Mundial da Saúde definiu o primeiro caso clínico de SIDA no Continente Africano em 1985 e passou a recomendar aos países membros que constituíssem comissões nacionais de controle. Moçambique, em atenção a essa recomendação, criou uma comissão coordenada pelo Instituto Nacional de Saúde, denominada de Comissão Nacional do SIDA (CNS). No ano seguinte é diagnosticado o primeiro caso da SIDA no país, que de acordo com documentos expedidos na época “tratava-se de um cidadão estrangeiro que já estava infectado quando entrou no país” (SCHWALBACH, 1986:14). Nos anos seguintes, o número de casos identificados elevou-se em homens e mulheres, porém “já se

sabia nessa altura que estes números estavam longe de traduzir a situação real do país” (VAZ, 1988: 12).

De acordo com Matsinhe (2005), com a elevação do número de casos, o governo passou a incorporar ao CNS alguns técnicos e gestores do Ministério da Saúde (MISAU), membros do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane e representantes de diversos ministérios, ao mesmo tempo em que instituía no MISAU o primeiro “Programa Nacional de Prevenção e Controlo do SIDA”. O autor refere que este Programa apresentou muitas dificuldades em sua implementação, pois os poucos recursos financeiros e equipamentos de saúde estavam sendo drenados para atender as conseqüências da guerra civil. Esclarece ainda, que nesta época, outros países africanos começaram a apresentar taxas de soroprevalência mais elevadas do que as encontradas em Moçambique, fazendo com que as organizações internacionais e as agências de desenvolvimento se concentrassem nestes países, considerando Moçambique como um problema menor.

Os órgãos de comunicação social começam a divulgar a progressão da epidemia em estreita associação com o retorno maciço de moçambicanos, que por conseqüência da guerra, haviam se refugiado em países vizinhos com taxas superiores de prevalência do HIV. Muito embora esse afluxo populacional seja, provavelmente, um fator de agravação da situação, a forma como ele foi apresentado criou um espírito de tranquilidade, pois se acreditava que com a acomodação dos regressados tudo iria se neutralizar (CNCS/PEN II, 2004).

Ao final dos anos noventa, já com a epidemia apresentando altas taxas de infecção, a liderança política passou a envolver as estruturas de investigação que podiam contribuir para o enfretamento da epidemia e acionou diversos parceiros internacionais. Em 2000, Moçambique elabora seu primeiro Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA, com certa participação nacional. Sua aprovação pelo Conselho de Ministros levou a criação do “Conselho Nacional de Combate

ao SIDA” (CNCS) com o objetivo de coordenar e implementar a resposta nacional (CNCS/PEN II, 2004).

O CNCS encontra-se em atividade até hoje presidido pela Primeira-Ministra, tendo o Ministro da Saúde como vice-presidente e como demais membros os ministros das Relações Exteriores e Cooperação; Educação e Cultura; Plano e Finanças; Juventude e Desporto; Mulher e Ação Social. Apesar dos esforços que vêm sendo empreendidos pelo governo, com o apoio técnico e financeiro de agências das Nações Unidas, governos e organizações não governamentais nacionais e internacionais, a epidemia da SIDA continua a se expandir rapidamente de forma generalizada por todo o país, como poderemos observar nos dados apresentados a seguir.

Desde o seu início, a principal via de transmissão do HIV é por via sexual em relações heterossexuais. O Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE) estima que a projeção esperada de 22.3 milhões de habitantes para 2010 sofrerá uma redução de três milhões em virtude da SIDA, sendo que destes, dois milhões pertencentes ao grupo economicamente ativo da população (INE/IDS, 2004).

Por meio de um sistema de vigilância epidemiológica estabelecido em 36 unidades designadas por Postos Sentinelas, o MISAU vem calculando as prevalências para HIV ao longo do tempo. Os dados são colhidos voluntariamente entre mulheres grávidas que se apresentam na sua primeira consulta pré-natal. Estas taxas são consideradas representativas da população de 15 a 49 anos e servem de base para estimar as prevalências provinciais [estaduais] e nacionais e o impacto demográfico do HIV/SIDA no país.

Quadro 3. Moçambique: Evolução anual das prevalências do HIV – 2001, 2002, 2004

Região	Província	2001	2002	2004
SUL	Cidade de Maputo	15,5%	17,3%	20,7%
	Maputo Província	14,9%	17,4%	20,7%
	Gaza	19,4%	16,4%	19,9%
	Inhambane	07,9%	08,6%	11,7%
CENTRO	Zambezia	15,4%	12,5%	18,4%
	Sofala	18,7%	26,5%	26,5%
	Manica	18,8%	19,0%	19,7%
	Tete	16,7%	14,2%	16,6%
NORTE	Niassa	05,9%	11,1%	11,1%
	Nampula	07,9%	08,1%	09,2%
	Cabo Delgado	05,0%	07,5%	08,6%
Nacional		13,0%	13,6%	16,2%

Fonte: MISAU/V.E./Ronda 2004 - (O país não divulgou dados referentes ao ano de 2003)

Alguns fatores são considerados determinantes para a evolução da epidemia: analfabetismo; desigualdade de gênero; tabus e preconceitos associados à sexualidade; pobreza generalizada; sexo comercial juvenil; fragilidade do sistema de saúde convencional e tradicional; fragilidade da resposta nacional integrada; e os aspectos culturais que facilitam a infecção (CNCS/PEN II, 2004).

O total acumulado de óbitos devido a SIDA em Moçambique é de 97.000. A expectativa de vida prevista para 2004 como de 46,4 anos, com a epidemia da SIDA está estimada em 39,9 anos (PNUD/AR, 2004). Alguns dados nacionais revelam a dimensão e a gravidade da epidemia do país:

Quadro 4. Moçambique: Dados nacionais da epidemia HIV/SIDA, 2004

Taxa de infecção diária na população entre 15 e 49 anos	500
Taxa de infecção diária de transmissão vertical (da mãe soropositiva para seu bebê durante a gravidez, parto ou amamentação)	90
Novos casos de SIDA em 2004	109.000
Pessoas demandando terapia antiretroviral	218.000
Pessoas com acesso a terapia antiretroviral	37.000
Órfãos por SIDA no grupo etário de 0 a 17 anos	273.000

Fonte: MISAU/Vigilância Epidemiológica,/Ronda 2004

Os adolescentes e jovens constituem um grupo especialmente afetados pela epidemia. Das 500 novas infecções por HIV diárias, cerca de 43% ocorre na faixa etária dos 15 aos 24 anos, derivadas, principalmente, de relações sexuais desprotegidas, em estreita relação com questões sociais e culturais (CNCS/PEN II, 2004).

Diferentemente a outros países fora do Continente Africano, o uso de droga não é citado como modo de infecção e propagação do HIV/SIDA. A escassa bibliografia disponível sobre drogas no país, não faz referências às práticas que possam resultar em risco direto a infecção pelo HIV, sobretudo em relação às drogas injetáveis.

Pelos dados epidemiológicos de soroprevalência serem obtidos em estudos sentinelas com mulheres grávidas, as práticas sexuais desprotegidas entre pessoas do mesmo sexo não aparecem nas estatísticas como modo de exposição ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Estudos sobre homossexualidade em Moçambique são ainda incipientes e exploratórios, centrados em grupos populacionais em situação de privação sexual, como prisioneiros e trabalhadores em minas, isolados por longos períodos, sem oportunidade de convivência com o sexo oposto. (GERITO et al, 2002).

No grupo etário entre 15 e 19 anos, período de maior concentração de início da vida sexual no país, a prevalência apresenta um crescimento rápido nos dois sexos, sobretudo, no feminino. Na região sul do país, de acordo com os dados de prevalência do HIV, a evolução nesse grupo etário se deu de 8,0% em 2000 para 9,9%, em 2004. Para o grupo etário entre 15 e 24 anos, a evolução, no mesmo período, foi ainda maior, passando de 11,6% para 17,1%. Na cidade de Maputo, no mesmo grupo etário, a prevalência subiu de 11,7% em 2000 para 20,0% em 2004. (CNCS/PEN II, 2004).

A diferença nas taxas de prevalência do HIV entre os dois sexos é tão acentuada, que a taxa referente às meninas chega a ser mais que o dobro que a dos rapazes, em todo o território nacional. Tal fato está atribuído, além das especificidades biológicas que facilitam a infecção pelo HIV nas mulheres, a hierarquia de gênero e o início relativamente precoce da vida sexual (INE/IDS, 2004). Os padrões de

gênero e de idade, diretamente associados à infecção pelo HIV, são considerados decisivos na definição de estratégias de prevenção, controle e atenção às pessoas vivendo com HIV ou doentes da SIDA.

Estudo sobre o conhecimento das formas de transmissão do HIV realizado ao nível nacional, revelou que é alto o grau de conhecimento da população das áreas urbanas e rurais, atingindo índices acima de 85%. O estudo apontou para uma diferença no grau de conhecimento somente entre as mulheres da zona urbana e rural, estas apresentando índices um pouco inferiores (INE/INJAD, 2001).

A hierarquia de gênero, que tem contribuído, dentre tantos outros motivos, para a alta incidência de mulheres infectadas pelo HIV/SIDA no país, tem como seu primeiro marco reivindicatório o período de luta pela independência. Durante a guerra, as mulheres foram integradas às forças de libertação para desempenharem tarefas tradicionais, como enfermagem e confecção de alimentos, porém, ao longo do processo, começaram a reivindicar sua atuação nas frentes de combate. Numa primeira fase, ficaram responsáveis pelo transporte do material bélico e posteriormente, algumas delas, passaram a atuar nos campos de batalha. Tal fato é destacado até hoje, como o primeiro movimento de mulheres por igualdade de direitos no país (GOMES, 2007). Quando discorre sobre esse fato, Casimiro (1998) relata que uma dessas mulheres queixou-se aos seus superiores por elas não serem preparadas para oficiais, sendo o posto ocupado somente pelos homens. Recebeu como resposta que ninguém nunca havia se lembrado de promover mulheres ao posto de oficiais.

Estimulada pela experiência e dinamismo da mulher durante a guerra de libertação do país, a recém criada Organização da Mulher Moçambicana (OMM), fundada em 1973, e em funcionamento até hoje, ganha destaque e inicia um movimento pela igualdade de direitos e de emancipação da mulher nas reuniões e comícios populares. Esse movimento, que na época estava desassociado do movimento feminista europeu e americano, não contava com o apoio das forças

governantes, principalmente do presidente da república, Samora Machel, que o denominava de movimento burguês, sem ligação com a realidade. Grande parte das mulheres afiliadas a OMM pertencia aos grupos menos privilegiados da sociedade moçambicana, que partilhava preocupações com o direito à escolaridade, à assistência materna infantil, planejamento familiar, entre outros aspectos (CNCS/PEN II, 2004).

Mas é somente a partir da década de 90 que se iniciam discussões mais freqüentes acerca do papel da mulher na sociedade moçambicana (GOMES, 2007). Apesar do destaque da condição da mulher em Moçambique que a epidemia do HIV/SIDA tem provocado, expressas nos discursos e documentos referenciais em todas as áreas do governo e das diversas instituições e associações nacionais e internacionais preocupadas com as questões sociais em Moçambique, o que se observa, de fato, é que a transversalidade de gênero, tão recomendada nas ações programáticas, não é bem compreendida por grande parte dos gestores e executores das políticas e programas no país, sendo traduzida, na maioria das vezes, por fadados projetos de geração de renda de caráter assistencialista e de baixa cobertura. Em Moçambique, o entendimento sobre as questões ligadas ao gênero pertence, quase que única e exclusivamente ao universo feminino, sem relação com o masculino, *e⁴ aproveitando, ironicamente, as palavras do referido presidente, sem ligação com a realidade.*

O sexo e a sexualidade são considerados temas pertencentes ao domínio do tabu. Não estão presentes na linguagem do cotidiano por estarem na base da moralidade familiar. Para a grande maioria dos(as) moçambicanos(as), o exercício da sexualidade obedece, fundamentalmente, ao critério de gênero. Desde o nascimento o indivíduo, em razão do seu sexo, é orientado diferentemente para as representações sociais. Existe uma sexualidade eminentemente masculina e uma sexualidade eminentemente feminina, o que torna a sexualidade sinônimo de poder e força (GODELIER, 1995).

⁴ Grifo meu

Em Moçambique, de acordo com De Graça (2002), o exercício e a expressão da sexualidade é um direito eminentemente masculino e está no quadro destes direitos decidir o número de filhos que o casal irá ter e como e onde ter sexo, entre outros aspectos, cabendo a mulher o papel passivo, prevalecendo a relação: sexualidade masculina e prazer *versus* a sexualidade feminina e reprodução; direito sexuais do homem *versus* deveres sexuais da mulher; autoridade do pai *versus* amor de mãe, como elementos estruturantes da organização, moralidade e ordem social.

As mulheres têm pouco poder de decisão. Possuem acesso desigual aos recursos da educação escolar, dependem economicamente dos parceiros e detém menor poder e autoridade na família, na comunidade e na sociedade em geral. Estes fatores reforçam sua subordinação, reduzindo sua possibilidade de decisão em assuntos referentes à sua própria vida. As jovens aprendem desde cedo que devem dar todo o prazer ao homem e nunca se recusarem em ter relação sexual com ele. Devido a este comportamento imposto pela cultura, as mulheres, mesmo conscientes dos riscos de infecção pelo HIV/SIDA, têm muita dificuldade em impor as medidas de prevenção (LOFORTE, 2003).

O último inquérito com representatividade nacional sobre comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva e HIV/SIDA de adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos, realizado em Moçambique em 2001, revelou que o homem é o decisor absoluto quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais (INE/INJAD, 2001). Estudo sobre fatores associados ao uso de preservativo na população entre 15 e 49 anos, na região centro de Moçambique, demonstrou que a insistência do uso do preservativo por parte da mulher, leva, na maioria das vezes, o seu parceiro a ameaçá-la de abandono ou a concluir que ela lhe é infiel, mesmo que ele, por ter esse comportamento, constitua fator de risco para a infecção de doenças de transmissão sexual, inclusive do HIV (CASIMIRO, 2003).

Tabela 1. Moçambique: Percentagem Nacional do uso do preservativo na primeira e na última relação sexual, por sexo e idade, 2003

	Mulheres		Homens	
	1ª relação sexual	Última relação sexual	1ª relação sexual	Última relação sexual
15-19	12,8	30,3	7,5	29,9
20-24	4,5	27,2	8,2	38,4

Fonte: MISAU/INE/IDS, 2003

Esta forte hierarquia de gênero facilita comportamentos que vulnerabilizam a mulher, tirando-lhe a possibilidade de ter domínio sobre seus direitos e sua segurança, como no caso do abuso sexual - todas as práticas do sexo que não assentem no pressuposto do consentimento - que ocorre em Moçambique, principalmente, com as mulheres jovens, onde, na maioria das vezes, o agressor tem algum tipo de relação estreita com a vítima, e onde o fator poder é, em última análise, determinante (CNCS/PEN II, 2004).

Embora quase não existam dados estatísticos precisos sobre as proporções do abuso sexual em Moçambique, estima-se que 35% das meninas de 10 a 24 anos já foi, alguma vez, forçada a manter relações sexuais. (INE/INJAD, 2001). Estudo realizado com chefes de agregado familiar, em Ressano Garcia, Província de Maputo, demonstrou que 90% dos entrevistados tinham conhecimento de algum episódio de abuso sexual de menores e adolescentes na comunidade em que vive. Entre as razões apontadas para a explicação deste fenômeno estão: o alcoolismo; a pobreza; a natureza do homem e a falta de legislação punitiva (BAGNOL& CHAMO, 2003).

Estudos feitos no âmbito do sector público de educação (DE GRAÇA, 2002), denuncia a exploração e o abuso sexual das estudantes por parte dos professores, em troca de notas para serem aprovadas. Tal fato ocorre com tanta freqüência, que já se apresenta no referido estudo como um fator importante de incidência da transmissão do vírus HIV. Muitas jovens, vítimas de abuso sexual, não procuram apoio com medo de represálias e pela falta de compreensão por parte das instituições competentes, na medida em que são criticadas por realizarem a

denúncia e acusadas de terem instigado o homem com atitudes e vestuários provocantes (CNCS/PEN II, 2004).

Pode-se considerar que há dois tipos de sexo comercial em Moçambique: o tipo clássico, que envolve as trabalhadoras do sexo, cuja base de sustento é, assumidamente, a venda do sexo; e outro que diz respeito às meninas mais novas que procuram se envolver com homens mais velhos, de certa posse, em troca de bens materiais, derivada de uma combinação de fatores como pobreza, desestruturação familiar e a construção de uma nova identidade, baseada nos valores da sociedade de consumo. Elas são conhecidas por “*quatorzinhas*” e acredita-se, em certos círculos sociais, que ter uma mulher bem jovem não só confere certo status ao homem, como também faz parte do exercício da masculinidade (BAGNOL, 1997)

Alguns estudos sobre fatores culturais no contexto das vulnerabilidades da população moçambicana frente ao HIV/SIDA, enfatizam principalmente, representações, comportamentos e atitudes coletivas, associados aos riscos e exposições. Neste âmbito, a sexualidade e as práticas e orientações religiosas têm sido objetos de estudos e intervenções de prevenção e assistência.

Loforte (2003:23) em seu estudo sobre os fatores sócio-culturais determinantes no processo de propagação do HIV/SIDA em Moçambique, afirma que “ as opiniões e opções são influenciadas pelo sistema de crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que determinam o modelo explicativo e o processo de atenção, cuidados e prevenção de agravos [...] as sociedades têm atitudes bipolarizadas face ao problema da doença, optam pela medicina tradicional mesmo quando dispõe de acesso a serviços públicos de saúde”. Da mesma forma, De Graça (2002) também aponta algumas práticas culturais, comumente adotadas no país, como fatores determinantes para as altas taxas de infecção pelo HIV, principalmente nas mulheres, ressaltando os ritos de purificação, os ritos de iniciação e o sexo terapêutico.

Para a referida autora, a morte em Moçambique, assim como em muitos países do continente africano, é vista por parte da população como uma força contaminadora ou poluente. Passado o período de luto é preciso realizar um conjunto de rituais de purificação para que as pessoas retomem às suas vidas normais. As formas que estes ritos assumem dependem do tipo da morte, da condição social da pessoa que faleceu e da região do país onde ele ocorre. No caso da morte de um cônjuge, sobretudo quando é uma mulher que perde seu marido, costuma-se dizer que ela tem *ndzaka*, ou seja, que ela e toda a sua família encontram-se impuras.

O rito de purificação para este mal, entre outros aspectos, tem na realização de um ato sexual seu ponto central, o *ku tchinga*, onde a mulher deve manter relações sexuais com outro homem, de preferência parente próximo do falecido, escolhido pelos membros mais velhos da comunidade. O final dessa relação sexual marca o momento de passagem do estado de impureza em que a família se encontra para o estado de normalidade.

Esta prática, não só constitui, na maioria das vezes, uma violência simbólica, uma vez que a mulher não tem escolha, como expõem seus intervenientes ao risco de infecção pelo HIV, já que para que a purificação ocorra é necessário que esse ato seja realizado sem o uso do preservativo.

A educação e iniciação sexual dos adolescentes e jovens, ainda hoje, em algumas áreas rurais do país, é fortemente conduzida pelos ritos de iniciação, por meio dos quais se dá a transmissão de conhecimentos, valores e normas, ligadas ao sexo, sexualidade e vida adulta, conduzidos por pessoas mais velhas da comunidade, consideradas referências e lideranças. São processos que condicionam nos jovens as atitudes e práticas futuras no exercício da sua sexualidade, muitas vezes, facilitadores da transmissão do HIV, como o sexo seco, onde a mulher é orientada a utilizar alguns produtos naturais para tirar a lubrificação natural da vagina, tornando-a seca, para aumentar o prazer do homem na penetração (LOFORTE,

2003). Desta forma, o sexo seco acaba por facilitar a ruptura das paredes vaginais e do tecido do pênis, criando portas de entrada para a penetração do vírus. No entanto, Santos (1993), alerta que devido às mudanças estruturais que a sociedade vem sofrendo, estas práticas devem ser observadas num contexto onde o cruzamento entre o tradicional e o moderno é marcante. No caso dos homens, a circuncisão e algumas práticas estéticas, como tatuagens faciais e corporais, também são práticas que facilitam a infecção pelo HIV, por se fazer uso de instrumentos cortantes e perfurantes, muitas vezes, sem obedecer às devidas regras de assepsia.

Outro fator cultural considerado em estudos epidemiológicos de infecção pelo HIV, diz respeito ao que em Moçambique se denomina sexo terapêutico. Trata-se da crença de que um homem infectado por uma doença de transmissão sexual pode “limpar-se” da doença, fazendo sexo desprotegido com uma parceira jovem ocasional, preferencialmente virgem, se necessário, submetida à força. Ao contrário do que acontece em alguns países vizinhos de Moçambique, ainda é pouco frequente a prática de sexo com virgens ou crianças como parte de cura para a SIDA (CNCS/PEN II, 2004).

O médico tradicional normalmente assume o papel de liderança e de guardião de valores e conhecimentos, até porque este pode combinar a função de líder religioso e comunitário. Seu reconhecimento profissional e institucional constitui medida política importante no combate às DST, HIV e SIDA em Moçambique. O envolvimento das lideranças comunitárias na prevenção, adesão ao tratamento, e na instalação de um ambiente favorável ao convívio com pessoas vivendo com o HIV/SIDA, justifica-se pelo fato destes serem vistos pela comunidade como gestores das tradições e das práticas culturais. Como a sexualidade é um fenômeno com uma forte carga simbólica, as mensagens corretas sobre HIV/SIDA podem ser mais rapidamente disseminadas quando emitidas por estes atores (CNCS/NPCHS/CABO DELGADO, 2004).

Existe um grande esforço dos programas governamentais e não governamentais no sentido de incluir esse segmento no planejamento e desenvolvimento das ações de prevenção e de redução do impacto da epidemia no país.

Resposta à epidemia do HIV/SIDA em Moçambique

A resposta de Moçambique para a epidemia do HIV/SIDA está estrategicamente desenhada para o período de 2004 a 2009 e pode ser traduzida em sete áreas prioritárias: prevenção; tratamento, *advocacy*; estigma e discriminação; redução do impacto; investigação; coordenação da resposta nacional, conforme documentada no Plano Estratégico Nacional II do Conselho Nacional de Combate ao SIDA.

No referido documento, para a área de prevenção estão previstas como ações estratégicas: a extensão do período denominado de janela da esperança⁵, baseada no prolongamento do início da vida sexual; redução da infecção pelo HIV, especialmente, no grupo etário dos quinze aos vinte e quatro anos; expansão da rede de serviços de testagem para HIV; redução da transmissão vertical do HIV.

A prevenção tem sido uma das áreas de maior atenção pelas instituições que coordenam a resposta da epidemia no país. Há uma recomendação governamental de que todos os ministérios criem programas de prevenção da infecção pelo HIV e o incentivo pelo CNCS de ações desta natureza junto às associações comunitárias, por meio de uma linha de financiamento exclusiva. Porém, a fragilidade das estruturas do governo não tem conseguido impor o ritmo que a grandeza da epidemia exige, seja pela falta de recursos humanos qualificados nas diversas instâncias governamentais, seja pelo entendimento de muitos dirigentes e técnicos de que HIV/SIDA é de responsabilidade exclusiva do setor saúde.

⁵ Termo utilizado no país para o grupo de adolescentes com idades entre dez e quatorze anos, onde as taxas de infecção são baixas, por ainda não terem iniciado a vida sexual e pelo fato das crianças infectadas pelo HIV por transmissão vertical no país, ou seja, infecção da criança pela mãe na gestação, parto ou amamentação, na grande maioria, morrer antes de completar dez anos de idade.

Apesar dos esforços do CNCS de operacionalizar uma estratégia de comunicação para as ações de prevenção ao HIV/SIDA no país, que oriente a natureza das mensagens de acordo com a faixa etária da população a ser atingida, o que se observa é que a natureza das mensagens depende, exclusivamente, do entendimento ideológico-político do seu financiador. Especialmente para os adolescentes e jovens, a abstinência sexual tem sido a mensagem mais divulgada nas comunidades como a única forma de prevenção, principalmente para aqueles e aquelas com idade inferior aos 15 anos, já que grande parte dos projetos desenvolvidos atualmente no país é financiada pelo governo americano.

Este enfoque preventivo contraria a recomendação do governo moçambicano de que o uso do preservativo deve ser incentivado para a população acima dos quinze anos de idade (CNCS/EC, 2006) e a da Conferencia Internacional de AIDS, realizada em 2006 no Canadá, que já denunciou esse enfoque preventivo como responsável pelo aumento das taxas de infecção pelo HIV em diversos países do mundo. Apesar destes indicativos, as mensagens de abstinência continuam a ser divulgadas por instituições governamentais e não governamentais pelos altos financiamentos que recebem e pelo entendimento de que divulgar o preservativo incentiva os jovens a iniciarem a vida sexual mais cedo. O acesso à informação e ao preservativo tem melhorado nos últimos anos, estando disponíveis, com maior regularidade, nas localidades mais próximas das zonas urbanas.

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de Moçambique para o acesso da população ao teste anti-HIV são os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV), que desde 2001 estão em expansão gradual por todas as regiões do país. De acordo com o CNCS (CNCS/PEN, 2000:52), seu objetivo “é receber gratuitamente e de forma voluntária as pessoas que pretendem conhecer seu estado sorológico numa perspectiva de intervenção psicológica dentro da área clínica, permitindo uma relação de confiança entre o conselheiro e o usuário, garantido o sigilo e a ética”.

O atendimento é prestado por conselheiros, que geralmente são profissionais de saúde aposentados ou que aguardam colocação no aparelho do Estado e mesmo pessoas da comunidade, que recebem uma formação de duas semanas de aulas teóricas e um mês de estágio prático em uma destas unidades. São eles que realizam o aconselhamento pré-teste, colhem o sangue e fornecem o resultado do teste numa mesma consulta. Essa rapidez dá-se pela utilização de teste rápido, que por meio de uma gota de sangue retirada do dedo da mão do usuário é possível obter o resultado minutos depois. Para reforçar o acesso ao teste, principalmente nas zonas urbanas, alguns centros de saúde também possuem o serviço de Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV), que obedecem as mesmas diretrizes do GATV, com o diferencial de estarem inseridos nas unidades de saúde.

A oferta destes serviços é amplamente divulgada nas rádios, canais de televisão e por meio de cartazes e folhetos das diversas instituições do governo e da sociedade civil. Apesar de toda essa divulgação, a procura espontânea por estes serviços ainda é baixa. Em 2005 foram realizados somente cerca de 140.000 testes, sendo que destes, grande parte se destinam às gestantes, que procuram o GATV por não conseguirem acesso ao teste nos locais que realizam o pré-natal (MISAU/GATV, 2006).

Baseado no entendimento de que um país com tanta escassez de recursos humanos e de equipamentos de saúde não pode “se dar o luxo” de ter um serviço de aconselhamento e testagem específico para o HIV/SIDA, o Ministério da Saúde está planejando a re-configuração dos GATV, ampliando seu foco de atenção para outras áreas da saúde, recebendo a denominação de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

Estes novos serviços estão sendo desenhados na perspectiva de promoção para a saúde, oferecendo ao usuário a possibilidade de realizar, além do teste anti-HIV, a medição da tensão arterial; diagnóstico para tuberculose; educação ambiental para

a saúde; aconselhamento nutricional; diagnóstico e tratamento das DTS. No campo da saúde sexual e reprodutiva, a atenção estará voltada para o diagnóstico precoce da gravidez ectópica, que é significativa nas taxas de mortalidade materna, incentivo ao início do pré-natal nos primeiros meses de gestação e ao parto institucionalizado.

A transmissão vertical do HIV é uma dificuldade que o país enfrenta. A testagem para HIV nas gestantes ainda é bastante baixo. Das 80.000 mulheres que deram à luz no país em 2003, somente 15.000 foram aconselhadas e testadas para o HIV. Tal fato ocorre pela confluência de três fatores: a baixa cobertura de partos institucionais, já descrita anteriormente nesta parte introdutória; a recusa por parte das parturientes a se submeterem ao teste; e a falta de integração dos serviços de pré-natal aos de aconselhamento e testagem voluntária, resultando no aumento progressivo de crianças infectadas pela transmissão vertical (CNCS/PEN II, 2004).

Em contraste à recomendação da Organização Mundial de Saúde em diversos países do mundo, em Moçambique incentiva-se a amamentação do recém-nascido pelas mães soropositivas que não têm acesso a outro tipo de leite. Apesar do risco da infecção pelo HIV no consumo do leite materno, a desnutrição apresenta-se como um problema ainda maior, podendo levar a criança a morte em menor espaço de tempo do que pela SIDA.

Prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/SIDA é o objetivo principal da área de tratamento. Os gestores e intervenientes desse campo no país entendem que este objetivo só será atingido se conseguirem aumentar o número de doentes beneficiários da profilaxia e tratamento das infecções oportunistas derivadas da SIDA, elevarem o acesso à terapia antiretroviral e estenderem a rede de cuidados domiciliares, por meio de políticas e programas que possam garantir a sustentabilidade destas ações.

Apesar dos esforços observados ao longo dos anos, a área de tratamento ainda apresenta graves problemas. As estruturas de saúde do país e a escassez de recursos humanos são os principais dificultadores de acesso da população ao tratamento. O tratamento é realizado por meio dos Hospitais de Dia (HdD), que são serviços ambulatoriais específicos para pessoas portadoras do HIV/SIDA, distribuídos em diversas regiões do país, mas com grande concentração nas zonas urbanas. Os atendimentos são realizados, na sua grande maioria, por enfermeiros sem curso superior ou por técnicos de medicina⁶. Somente em algumas unidades encontra-se a presença de psicólogos.

Não há falta de medicamentos antiretrovirais no país, no entanto estima-se que somente 17% dos pacientes que necessitam dos medicamentos estão se beneficiando deles (MISAU/INE, 2004). Esta dificuldade de acesso está diretamente ligada à incapacidade da insipiente rede de laboratórios em realizar os exames necessários para avaliação do paciente e da escassez de recursos humanos para a introdução e acompanhamento dos usuários.

As metas de cobertura destes serviços, estabelecidas pelo governo de Moçambique conjuntamente com os financiadores internacionais, não correspondem à capacidade dos serviços de oferecer tratamento de qualidade a seus usuários. O que se observa atualmente no país é a grande preocupação em diagnosticar e medicar um número cada vez maior de pacientes, sem levar em conta os aspectos psicossociais inerentes ao convívio com o vírus e com a doença.

Os efeitos negativos desta conduta já estão refletidos fortemente na adesão ao tratamento e aos medicamentos, gerando um grande número de pacientes que abandonam o tratamento ou são resistentes aos medicamentos. A média de abandono de pacientes nestas unidades de tratamento para HIV/SIDA atinge

⁶ Técnico sem formação em medicina, credenciado para desenvolver uma série de procedimentos médicos, como realizar diagnósticos, medicar e até mesmo realizar pequenas cirurgias. Sua habilitação dá-se por meio de curso de formação de três anos na área de saúde, e juntamente, com os enfermeiros (sem nível superior) são responsáveis pela maioria dos atendimentos clínicos no Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.

percentuais entorno de 15% (MONASO, 2004). Outro fator de agravo é a incapacidade dos serviços de promover dispositivos de saúde de atenção humanizada, que facilitem a participação dos usuários nas tomadas de decisão do serviço, que incentivem o associativismo soropositivo, em prol da garantia dos direitos sociais das pessoas vivendo com HIV/SIDA no país (CNCS/PEN II, 2004).

A estratégia de prestar cuidados domiciliares aos pacientes (procedimentos de enfermagem, informação sobre o tratamento e medicamentos, orientação familiar, referenciamento, apoio emocional, entre outros procedimentos) que não podem se deslocar até os serviços de saúde por encontrarem-se muito debilitados, é bastante difundida no país e tem sido uma das principais ações desenvolvidas por associações comunitárias. Pessoas da comunidade são treinadas para realizar procedimentos de saúde no âmbito da prevenção e da redução dos agravos. A grande demanda social apresentada pela maioria destes pacientes, que vivem em condições insalubres e em situação de extrema pobreza, tem dificultado o impacto positivo esperado destas ações. Apesar dos esforços de integrar as ações de cuidados domiciliares aos projetos de geração de renda ou de distribuição de alimentos em curso no país, pouco se tem conseguido nessa área dada o volume da demanda (MONASO, 2006).

A causa principal da área de *advocacy* é transformar o combate à epidemia do HIV/SIDA em urgência nacional, já que este fato é dificultado pelo quadro político e econômico que afeta o país, que se encontra economicamente depauperado e com o processo de desenvolvimento ainda lento. Desta forma, as questões ligadas ao HIV/SIDA entram em concorrência com as outras prioridades, como os enormes investimentos que se impõem nas áreas de infra-estrutura e serviços sociais, os custos inerentes ao processo de reformas políticas, a extrema vulnerabilidade às calamidades naturais, e o crônico *déficit* orçamental.

O combate ao estigma e a discriminação associados ao HIV/SIDA está transversalmente incorporado a todas as ações previstas no Plano Estratégico Nacional para HIV/SIDA em curso, sendo considerada uma área de destaque, dado as proporções do seu impacto negativo na obtenção das metas que compõem a resposta nacional, já sinalizado por Aggleton & Warwick (1999:12), quando afirmam que “o estigma e a discriminação associados ao HIV/SIDA são as maiores barreiras para a prevenção de novas infecções, apoio, assistência, tratamento e ao alívio do impacto da doença em diversos países”. As estratégias para o desenvolvimento dessa área estão alicerçadas na maior visibilidade das necessidades de combate à epidemia, na garantia dos direitos humanos e no acesso aos cuidados de saúde das pessoas vivendo com HIV/SIDA.

As raras associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS), como a Kindlimuka, na cidade de Maputo e a Kubatana, na Província de Nampula, que foram pioneiras no país, apresentam uma atuação frágil, com pouca expressividade na esfera pública e capacidade bastante limitada para o desenvolvimento de ações de *advocacy* para políticas e programas voltados para essa população (CNCS/PEN II, 2004). A iniciativa mais expressiva destas organizações foi à participação ativa no processo de aprovação da lei 05/2002, que garante o vínculo empregatício dos trabalhadores infectados, assim como o direito de qualquer portador do HIV abrir processo judicial quando sujeito a atos de estigma ou discriminação. Apesar de aprovado, este mecanismo tem sido pouco acionado pelas pessoas soropositivas, porque sua utilização depende da exposição do diagnóstico perante aos órgãos da justiça, com baixa credibilidade em relação ao sigilo institucional.

A redução do impacto da epidemia do HIV/SIDA constitui uma área importante da resposta nacional, não só porque minimiza o peso dos seus efeitos sobre os indivíduos, famílias, comunidades e setores produtivos, mas também porque reduz as condições que favorecem a propagação da epidemia, conforme descrito no Plano Estratégico Nacional para HIV/SIDA em vigor:

Ao afetar a produtividade (em particular a força de trabalho qualificada), a epidemia limita a capacidade da economia de gerar um maior rendimento nacional, ao mesmo tempo em que volumes ainda mais elevados de recursos serão necessários para financiar as actividades dos sectores que contribuem para a reprodução e manutenção da força de trabalho nacional, tais como os sectores da educação e da saúde. [...] por outro lado, com a epidemia do HIV/SIDA, os programas de assistência social às famílias também sofrerão uma maior pressão, em virtude do aumento das taxas de dependência (maior número de idosos, crianças e doentes incapazes de trabalhar) ao mesmo tempo em que diminui ou cresce a ritmo relativamente lento a parte da população em idade activa e efectivamente em actividade. Um esforço maior da despesa pública nestas áreas (assistência social, educação e saúde) poderá vir a ter reflexos ao nível do défice orçamental que pode perturbar a estabilidade macroeconómica (CNCS/PEN II, 2004: 48).

As estratégias de redução do impacto da epidemia no país baseiam-se no fortalecimento da capacidade de geração de rendimentos; no reforço a segurança alimentar; no apoio médico, medicamentoso, nutricional, psicológico e social das pessoas vivendo com HIV/SIDA; e na garantia de educação a todas as crianças órfãs, vítimas ou não pelo HIV/SIDA.

Para o CNCS e para o MISAU, instituições que coordenam a resposta nacional, o conhecimento científico sobre HIV/SIDA em Moçambique é tão necessário quanto urgente, pois pouco se sabe, em termos reais, sobre as conseqüências da epidemia, quer no nível individual, quer no seio familiar e da comunidade. Uma análise da situação da produção de conhecimento constatou que embora seja visível o esforço da investigação no campo do HIV/SIDA no país, ela ainda é bastante insipiente e incompleta, em todas as áreas da resposta nacional, assim descritas no PEN II “As condições de produção são assistemáticas, com muitos problemas metodológicos que resultam em desequilíbrios de qualidade bastante acentuados” (CNCS/PEN II, 2004:61). A principal estratégia para essa área é incentivar a realização de estudos e pesquisas de qualidade, no campo biomédico,

comportamental e sociocultural, que possam subsidiar projetos e programas de governo e da sociedade civil.

A melhoria da coordenação da resposta nacional compõe o *roll* das áreas prioritárias definidas para a resposta a epidemia do HIV/SIDA em Moçambique e defini-se na concentração de esforços para reforçar a capacidade de planeamento, coordenação e descentralização dos mecanismos de tomada de decisão e gestão dos recursos. Trata-se de superar deficiências estruturais e funcionais nos órgãos de implementação, por meio da adoção de estratégias mais eficazes na condução da resposta, identificadas como capazes de reforçar o papel de coordenação; envolvimento das comunidades locais e suas lideranças nas ações de combate a epidemia; apoiar as diversas instituições envolvidas na melhoria das suas intervenções, integrando cada vez mais os jovens nos processos de participação. Apesar desta recomendação, os adolescentes e jovens têm tido poucas oportunidades para participar e contribuir na elaboração de políticas e estratégias e na implementação de projetos em todas as áreas do governo.

Apesar da criação pelo Ministério da Juventude e Desporto do Comitê Intersectorial de Apoio ao Desenvolvimento dos Adolescentes e Jovens (CIAJAD), com o objetivo de ampliar a participação dos jovens no combate aos graves problemas sociais do país, perspectiva expressa também na Declaração de Chokwé, que reuniu jovens de todo o país para debaterem assuntos e definirem as linhas de políticas que estejam de acordo com seus interesses e necessidades, as instituições responsáveis que lideram estes comitês não possuem recursos técnicos, financeiros, humanos e materiais, apesar da ampla (re)configuração do ambiente político.

Identificando o problema de pesquisa

Apesar das estatísticas revelarem essas taxas alarmantes de prevalência do HIV e de SIDA entre adolescentes e jovens em Moçambique (cerca de 40% das

quinhentas novas infecções por dia atinge o grupo etário entre 15 e 24 anos), poucos estudos sócio-epidemiológicos tem contribuído para a visibilidade social e epidemiológica dessa população.

Se tomarmos como base os dados referentes aos pacientes vinculados às unidades de tratamento para pessoas portadoras do HIV/SIDA na cidade de Maputo, zona urbana, capital do país, que possui uma população de 1.058.833 habitantes (INE/CENSO, 1997) e taxa de soroprevalência para HIV de 20,7%, a segunda maior por província (INE/MISAU/RE, 2004), podemos constatar que os adolescentes e jovens representavam uma pequena parcela. Dos 36.139 pacientes vinculados em 2005 aos sete serviços de assistência ao HIV/SIDA na cidade, apenas 4.670 encontravam-se com idades compreendidas entre 15 e 24 anos, o que corresponde a 12.9% do total dos pacientes (CNCS/PEN II, 2004). No total do país, apenas 14% dos pacientes em tratamento pertenciam a este grupo etário em 2004 (MISAU/DAM, 2004).

Os gestores (as) e professores (as) das escolas públicas não tinham conhecimento da presença de adolescentes e jovens soropositivos nas suas unidades de ensino. Essa afirmação está expressa no relatório final do curso de formação em HIV/SIDA de 350 professores (as) e gestores (as) das escolas públicas, realizado no nível nacional pelo MEC em 2004 (MEC/DIPE, 2005). Em pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2004), com professores das escolas primárias e secundárias de Moçambique, que investigou as dificuldades de comunicação sobre HIV/SIDA nas escolas do país, revelou que os professores e professoras não tinham conhecimento sobre alunos e alunas soropositivos(as) nas suas classes. Um dos professores participantes da pesquisa referiu-se a esta invisibilidade da seguinte forma:

Em minha opinião, não sabemos de miúdos [*crianças e adolescentes*] com SIDA na escola porque não é bom que as pessoas positivas revelem a sua situação. Para mim, é como a história do cozinheiro que está a fazer uma panela enorme de sopa para uma ocasião festiva. Todos os convidados estão à espera da

sopa estar pronta, quando uma barata cai na panela. O cozinheiro tenta, mas não há mais como tirá-la. Então ele tem duas opções: pode dizer a todos o que aconteceu e estragar a festa, ou pode ficar calado na esperança de que a barata não faça mal a ninguém.

Levantamento de dados realizado nos relatórios referentes às fichas de atendimento diário nos cantos de aconselhamento das escolas e dos centros juvenis, no período de março de 2004 a março de 2005, preenchidas por 4.500 jovens educadores e educadoras de pares que realizam atividades de prevenção e encaminhamento para serviços de saúde, não encontramos relatos ou anotações de demandas de adolescentes e jovens que se identificaram como portadores do HIV ou doentes de SIDA, na busca por informação, aconselhamento, apoio social ou referencia para tratamento (PGB/SMA, 2004/2005). As referidas fichas são instrumentos do sistema de monitoria e avaliação do Programa de Prevenção à Saúde Sexual e Reprodutiva e HIV/SIDA para a faixa etária entre 10 e 24 anos do Governo de Moçambique, denominado Programa Geração Biz (PGB), implementado em nove das onze províncias do país.

Nos relatórios dos encontros técnicos trimestrais com os educadores e educadoras de pares do PGB, que atuam em 233 escolas e 135 associações juvenis, não foram encontradas demandas técnicas ou operacionais provenientes de adolescentes e jovens soropositivos, o que pode ser considerado um indicativo da invisibilidade dos adolescentes e jovens soropositivos nos espaços comunitários.

Pesquisa realizada pela Rede Nacional de Associações de Apoio às Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (RENSIDA) em 2005, que objetivou conhecer o perfil sócio demográfico dos ativistas e beneficiários de suas associadas nas diversas regiões do país, revelou que a representatividade do grupo etário entre 10 e 24 anos é quase nula, o que sugere a invisibilidade dos adolescentes e jovens soropositivos nos mecanismos de participação, controle social e *advocacy* pelos seus direitos, já anunciada por Cristiano Matsinhe quando se refere à visibilidade

pública das pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) em Moçambique (MATSINHE, 2005):

No que concerne à visibilidade pública das PVHS, o país caracteriza-se por uma fraca actuação de pessoas ou associações de PVHS e por um relativo anonimato e silêncio na discussão pública da infecção pelo vírus do SIDA, diferentemente de outros países, como o Brasil, por exemplo, onde as PVHS desempenham um papel crítico, reivindicativo e catalisador que contribuiu para imprimir mudanças nas políticas e programas governamentais contra a SIDA.

Apesar de diversos documentos referenciais sobre HIV/SIDA na esfera governamental e não governamental, indicar que a exposição pública de pessoas soropositivas pode ser uma contribuição importante para as ações de prevenção e de redução do estigma e da discriminação em Moçambique, estudo realizado pela Assessoria e Tecnologia (ATEC, 2004), empresa que vem desenvolvendo um projeto de monitoria das mídias em Moçambique e na África do Sul ao longo do tempo, apontou que no período de fevereiro a novembro de 2004, a exposição de PVHS na mídia escrita e falada representava apenas 0,2% das fontes das matérias sobre HIV/SIDA em Moçambique, sem qualquer referência aos adolescentes e jovens soropositivos nas matérias veiculadas.

No vasto levantamento bibliográfico realizado nas universidades moçambicanas; ministérios; instituições de coordenação e implementação no âmbito do HIV/SIDA; serviços de saúde; organizações de base comunitária e de atenção às PVHS, não foi encontrado nenhum documento, estudo, pesquisa ou relato de experiências especificamente com adolescentes e jovens soropositivos no país. No meu entender, essa total falta de conhecimento sobre os adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA em Moçambique, reflete a dificuldade de acesso a essa população, assim como, justifica a relevância e o ineditismo da realização de um estudo exploratório, com vistas a contribuir para o planejamento e implementação de políticas e programas dirigidos aos adolescentes e jovens soropositivos ou vulneráveis às DST/HIV/SIDA no país.

Os vários documentos, pesquisas e relatos com os quais tinha contato no desenvolvimento das minhas atividades junto aos órgãos do governo, associações não governamentais nacionais e internacionais e agências das nações unidas, eram indicativos das invisibilidades dos adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA no país: invisíveis nos serviços de atenção ao HIV/SIDA; invisíveis para os profissionais de saúde e de educação; invisíveis nas associações juvenis; invisíveis nas associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA; invisíveis nas produções de conhecimento; invisíveis nos meios de comunicação.

Estas constatações me levaram, inevitavelmente, a algumas perguntas que me inquietavam e que acabaram, por ocasião da elaboração do projeto desta pesquisa, por se constituírem como norteadoras: Quais as razões para a invisibilidade social destes adolescentes e jovens soropositivos que não aparecem nos espaços públicos, nas estatísticas e registros dos serviços de tratamento ao HIV/SIDA, tampouco nos relatos de educadores e organizações comunitárias? Que fatores contribuíram para que tenham se infectado? Por que a procura pelo teste anti-HIV e por tratamento entre os adolescentes e jovens é baixa? Que estratégias de enfrentamento têm adotado no convívio com a soropositividade? Qual o potencial coletivo para o protagonismo e participação social desses adolescentes e jovens?

O conceito de invisibilidade social tem sido utilizado, contemporaneamente, nos discursos políticos e acadêmicos, associado à exclusão social de grupos de indivíduos, geralmente expostos a esta condição pela sua etnia, religião, condição social, doença ou orientação sexual, seja pela indiferença, seja pelo preconceito, como se pode constatar nos estudos de Costa (2004) e Levinas (1998).

Pesquisa realizada no setor de serviço social do Núcleo de Estudos da Saúde do Trabalhador em Porto Alegre, que investigou as representações individuais e sociais da SIDA entre mulheres soropositivas vinculadas ao serviço de saúde do Núcleo (KERN, 2003:8), concluiu que a pesquisa, ao revelar o mundo vivido por

aquelas mulheres e suas representações sobre a doença, tornou-as mais visíveis, pois evidenciou singularidades que contribuíram para um melhor delineamento dos projetos e da atenção oferecida naquela instituição. A referida investigação, concluiu ainda, que a visibilidade e a invisibilidade da representação da SIDA para aquelas mulheres, se expressava na consciência do ser diferente, levando-as, muitas vezes, a construir uma identidade em duplo sentido: “uma caracteriza-se de forma a permitir a imagem frente às relações que se estabelecem; a outra, consolidada para não comprometer estas relações, tornando-se uma identidade invisível”.

A visibilidade e a invisibilidade se constituem enquanto dimensões sociais da epidemia da SIDA, porque abarcam os elementos vivenciados e não vivenciados, a partir de um conjunto de relações que se estabelecem em meio a processos sociais. Esta afirmação é relatada por Parker (1994), que ressalta ainda, que na materialização da visibilidade identificamos a introspecção do pré-conceito e da discriminação social na efetivação das relações sociais e institucionais e as relações de poder entre o opressor e o oprimido, aspectos que assumem outra dimensão, quando a pessoa vivendo com HIV/SIDA manifesta estas repercussões na sua teia de relações. Para o autor, “a visibilidade se concretiza quando a luta tem a ver não simplesmente com a mudança de comportamento individual, mas como uma mudança social de maior alcance, necessariamente destinada a enfrentar as questões subjacentes de desigualdade, estigma e injustiça social” (PARKER et al, 1994:89).

Do ponto de vista epidemiológico, tal invisibilidade aporta uma série de limitações para a compreensão das tendências epidemiológicas e da natureza e características dos riscos para infectar-se pelo HIV, dadas pelas vulnerabilidades em questão. Do ponto de vista das políticas e programas de promoção e atenção à saúde das pessoas infectadas e afetadas, o desconhecimento dos padrões de enfrentamento, em suas dimensões internas (dada pela subjetividade e pelos recursos psicossociais das pessoas infectadas) e externas (rearranjos, projetos de

vida, estratégias coletivas de enfrentamento), constituem obstáculos à tomada de medidas mais eficazes para a qualidade da atenção à saúde das pessoas soropositivas, principalmente para a população de adolescentes e jovens.

A importância da produção de conhecimentos em relação às características grupais e dinâmicas que envolvem a população usuária de um serviço ou programa pelos gestores e equipes de saúde que buscam mais do que simplesmente diagnosticar e medicar pacientes, vem sendo ressaltada ao longo dos anos por diversos atores no campo da saúde pública. Tal enfoque está expresso em diversos trabalhos que investigaram diferentes aspectos do cuidar de pessoas soropositivas, como em Iyaniwura (2006), quando investigou a eficácia do aconselhamento pós- teste positivo na Nigéria; Weiss et al (2005) em seu estudo sobre adesão ao tratamento de jovens soropositivos na cidade de Nova York; e Ayres et al (2004), em pesquisa que revelou as necessidades psicossociais dos adolescentes vivendo com HIV/SIDA, com base na sua própria percepção e na de seus cuidadores institucionais, com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado oferecido aos jovens pelos serviços de saúde no Brasil.

Caminho aberto para a investigação do problema

No final de 2004, o World Bank lança uma linha de financiamento para projetos que promovessem a ampliação da testagem para HIV e o acesso à terapia antiretroviral em diversos países do Continente Africano. A Pathfinder International e o UNFPA, em parceria com o Ministério da Saúde de Moçambique, apresentaram uma proposta de projeto piloto com o objetivo de ampliar os serviços clínicos oferecidos em duas unidades dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ). Estes serviços fazem parte de uma estratégia de base clínica do Programa Geração Biz, que desde 1999 vem desenvolvendo

atividades dirigidas aos adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos, no campo da saúde sexual e reprodutiva e HIV/SIDA, conforme já referenciado anteriormente. O programa utiliza-se da estratégia de educadores de pares nas escolas e na comunidade, com atividades de prevenção e referenciamento aos SAAJ para atendimento clínico.

A abordagem central do projeto está focalizada na multisetorialidade, na implementação e no fortalecimento de programas de base escolar e comunitária, e acesso aos serviços de saúde. Foi desenhado e está sendo implementado em parceria com instituições governamentais e da sociedade civil, com o objetivo de habilitar jovens entre 10 e 24 anos para sua proteção às doenças de transmissão sexual (DST), incluindo a infecção pelo HIV e na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, para que se tornem defensores e agentes de mudança capazes de transmitir o conhecimento de saúde sexual e reprodutiva, DST/HIV/SIDA e atitudes e práticas positivas para a sua geração.

As estratégias e intervenções foram desenhadas e estão sendo desenvolvidas em estreita relação com as Direções Provinciais e Distritais de Saúde; Educação e Cultura; Juventude e Desporto; associações juvenis; e outras organizações da sociedade civil, para fortalecer suas capacidades técnicas de planejar, coordenar, acompanhar, implementar e monitorar programas próprios e sustentáveis e advogar para políticas nacionais e programas favoráveis para os adolescentes e jovens, com ênfase especial nas questões de igualdade de gênero.

Os pilares do projeto estão baseados: na ampliação do acesso à informação de qualidade em saúde sexual e reprodutiva e DST/HIV/SIDA; desenvolvimento de habilidades; fortalecimento dos serviços de saúde locais e ampliação do acesso; programas de geração de renda; desenvolvimento da capacidade de associações juvenis e de grupos de jovens nas escolas; participação dos jovens no controle social; exercício do protagonismo juvenil; envolvimento de líderes da comunidade e dos pais nas ações do Programa.

Os SAAJs são serviços clínicos, integrados às unidades de saúde, que contam com profissionais de saúde treinados especialmente para o manejo dos adolescentes e jovens, que oferecem um pacote de serviços: informação e prevenção dos principais problemas de saúde; diagnóstico e tratamento das infecções de transmissão sexual; aconselhamento em sexualidade; diagnóstico e tratamento de possíveis complicações do aborto; contracepção e atenção pré-natal. É um dos locais onde os educadores de pares do Programa Geração Biz realizam atividades, como debates na sala de espera, apresentação de vídeos educativos e distribuição de material informativo e oferta de preservativos.

O projeto piloto foi aprovado pelo World Bank no início de 2005, tendo como missão a inclusão nos SAAJ do Hospital Central da cidade de Maputo e do Centro de Saúde da cidade de Xai-Xai, de quatro novos componentes aos serviços já oferecidos: oferta do teste anti-HIV; tratamento, incluindo a terapia antiretroviral; prevenção da transmissão vertical do HIV; visitas domiciliares para adolescentes e jovens soropositivos ou familiares, por meio dos educadores e educadoras de pares do Programa Geração Biz.

Uma associação de fatores tornava este projeto desafiador: seu caráter inovador, pois não existiam outros serviços específicos de atenção aos adolescentes e jovens soropositivos em Moçambique; pela sua característica de ser um projeto piloto, que apresentava possibilidades de ampliação da experiência para outros serviços do país; o total desconhecimento sobre essa população por parte dos gestores e profissionais de saúde responsáveis pelo planejamento e implementação do projeto.

O projeto iniciou suas atividades, primeiramente, no SAAJ do Hospital Central de Maputo, por este possuir a melhor infra-estrutura e capacidade de recursos humanos entre todos do país. A estratégia adotada era incentivar os adolescentes e jovens usuários do SAAJ a realizarem o teste para HIV e, no caso do resultado positivo, oferecer o tratamento. A oferta do tratamento não foi divulgada pelos

meios de comunicação, mas exclusivamente por meio de cartazes nas dependências do SAAJ e pelos profissionais de saúde nas suas consultas com os usuários.

Desta forma, a integração dos adolescentes e jovens soropositivos ao serviço deu-se por duas vias: pelos casos identificados na testagem para HIV no serviço; e por adolescentes e jovens usuários do SAAJ que já tinham conhecimento de seu estado sorológico, não faziam tratamento e viram a possibilidade de iniciá-lo pela divulgação da oferta do tratamento no local.

A equipe técnica do serviço, com base em relatos de experiências positivas em outros países, define como dispositivo de atenção aos adolescentes e jovens soropositivos, a criação de um grupo de convivência, que pode ser traduzido por um espaço onde os pacientes encontram-se para troca de experiências, interações e discussão de assuntos de interesse comum, principalmente de aspectos relativos ao viver com HIV/SIDA, facilitado por profissionais do serviço. Este dispositivo abriu-me a possibilidade de atuar como facilitador e também como pesquisador, na busca de respostas para as minhas indagações.

Considerando a importância e urgência de estudos que pudessem contribuir para a resposta de Moçambique à epidemia da SIDA e pela proximidade de meu orientador com as questões de saúde e educação no Continente Africano, particularmente em Moçambique, coordenando programas de cooperação bilateral com o Brasil, mudamos o objeto de estudo apresentado por ocasião da seleção de ingresso no Programa de Pós- Graduação, elaborando um novo projeto, que foi apresentado no exame de qualificação, em abril de 2005, que foi posteriormente readequado levando em conta as sugestões da banca examinadora e aprovado pelo Comitê de Ética do Ministério da Saúde de Moçambique, instituição responsável para esse fim no país.

Objetivos da pesquisa

Como objetivo principal, o presente trabalho pretende contribuir para o processo de formulação de políticas estratégicas de atenção à dos adolescentes e jovens infectados pelo HIV e doentes de SIDA em Moçambique.

Três objetivos foram definidos como intermediários:

Investigar os fatores de vulnerabilidade relacionados aos modos de exposição aos riscos (em suas três dimensões conceituais: individuais; institucionais; sociais) entre os adolescentes e jovens soropositivos participantes do grupo de convivência do SAAJ do Hospital Central de Maputo;

investigar as estratégias de enfrentamento adotadas por esses adolescentes e jovens, em relação a procura pelo teste e convívio com a soropositividade, expressas em conteúdos dados pelos discursos individuais e coletivos enfatizados pela pesquisa, contextualizado e compreendido em suas dimensões políticas, sociais, culturais;

As bases que fundamentaram esta investigação estão sustentadas pelo enfoque dialético histórico-estrutural e pelas premissas da pesquisa social exploratória e qualitativa. Os dados foram obtidos de acordo com os pressupostos da observação participante, tendo como cenário social/institucional o grupo de convivência do SAAJ do Hospital Central de Maputo no período de junho de 2005 a junho de 2006 e por entrevistas semi-estruturadas, com perguntas privilegiando o significado que os participantes sociais davam às questões relevantes ao estudo. Os conteúdos observados ao longo da pesquisa foram analisados e interpretados segundo os princípios da Hermenêutica de profundidade sob a luz dos conceitos de vulnerabilidade e resiliência.

Capítulo 1. REFERENCIAL TEÓRICO

Promoção da Saúde, Vulnerabilidade, Resiliência

Para melhor compreensão da análise e da interpretação dos conteúdos fornecidos pelos informantes, apresentada no capítulo a seguir, se faz necessária uma pequena discussão acerca da concepção e adaptabilidade dos dois conceitos básicos que se constituíram em referencial teórico, permeando todas as fases deste estudo: o conceito de vulnerabilidade, adaptado para a área de saúde por Jonathan Mann et al (1993), amplamente utilizado por pesquisadores e profissionais de saúde no campo do HIV/SIDA; e o conceito de resiliência, que teve sua origem na física e na engenharia, e que a partir dos anos 90 passa a fazer parte das discussões sobre saúde coletiva, evoluindo ao longo do tempo de um enfoque determinista de explicação de fenômenos para uma dimensão mais abrangente de atenção às condições sociais onde os estes fenômenos ocorrem.

A análise e interpretação dos fatores de vulnerabilidade aos modos de exposição aos riscos, que envolveram a infecção pelo HIV, a procura e a realização do teste anti-HIV, e o convívio com a soropositividade entre os informantes, permitiu, na confluência dos aspectos individuais, sociais e programáticos envolvidos, a observação de indicativos que facilitaram a compreensão destes fenômenos de forma mais abrangente.

O conceito de resiliência também se apresentou como um importante referencial teórico na busca de compreender as formas de convívio com a soropositividade, e o impacto das ações programáticas a que eles tiveram acesso. O referencial adotado para balizar estas ações programáticas teve como base o conceito de promoção da saúde, que inicia a discussão a seguir.

1.1. Promoção da saúde

Desde 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem compreendido saúde como um completo bem-estar social, físico e mental, onde as boas condições de habitação, educação, alimentação, renda, justiça social e equidade são requisitos fundamentais.

Por ser a saúde um direito humano fundamental, a equidade na saúde é um elemento essencial que acarreta obrigações por parte dos governos e das comunidades em busca de atitudes e alianças para a sua promoção. Existe uma ligação essencial entre saúde e meio ambiente e se este tem dimensão espiritual, social, cultural, econômico-político e ideológico, é necessário reafirmar o papel de cada um de nós para fazer do mundo um lugar mais favorável à saúde. Desta forma, promover saúde envolve o fortalecimento de áreas prioritárias como a construção de políticas públicas, ações comunitárias, capacidades individuais e coletivas, reorientação de serviços de saúde, abordagens interdisciplinares e treinamento de pessoal.

Tendo como base esse entendimento de saúde e dos fatores a ela associados, promoção de saúde é definida, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para os debates internacionais sobre o tema, como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida. Seu foco está centrado no protagonismo das pessoas e na capacidade destas desenvolverem habilidades e poder para atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos ou comunidades ativas.

A compreensão da promoção da saúde para a qualidade de vida das pessoas pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais com foco nos direitos humanos, entendendo-se o direito à saúde como

expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida (CZERESNIA, 2003). A promoção da saúde envolve um conjunto de fatores que incluem adaptações ambientais e comportamentais, conseguidas por meio de estratégias educacionais, mantendo como foco a ação sobre as pessoas, caracterizando-se como um novo modo de compreender a saúde e a doença e uma nova forma dos indivíduos e coletividades obterem saúde.

Diferentemente da prevenção, a promoção da saúde caracteriza-se por um conjunto de intervenções que tem como meta a eliminação permanente ou de forma duradoura da doença, tentando reduzir suas causas mais básicas e não apenas evitar que se manifeste (MATTOS, 2004). Esta distinção encontrada entre prevenção e promoção da saúde pode ser explicada com base no conceito de saúde: na prevenção, a saúde é vista como a ausência de doença, enquanto na promoção é entendida como um conceito positivo e multidimensional que resulta em um modelo participativo de saúde, em oposição ao modelo biomédico de intervenção. A promoção da saúde vem responder aos determinantes das desigualdades em saúde, buscando consolidar, por meio da visão transdisciplinar, da cooperação intersetorial e do diálogo democrático e participativo entre os diversos atores e sujeitos envolvidos, as ações de mudança social (FREITAS, 2003).

De acordo com Castiel (2003), a promoção da saúde atua como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela sua ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, ou ainda, por constituir-se uma perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas, como são as propostas de educação popular. Grupos sociais específicos, que vivem em maior vulnerabilidade e exposição aos riscos, têm sido atualmente objeto de estudos e intervenções visando tornar o mundo um lugar mais favorável à saúde por meio da promoção da melhoria das condições das pessoas para uma vida melhor e com mais qualidade.

Na perspectiva da promoção de saúde, a universalidade do acesso pauta-se pela adoção de medidas de equidade na disponibilização de serviços. Os dados sócio-epidemiológicos revelam a soroprevalência do HIV e SIDA entre adolescentes e adultos jovens em Moçambique e suscitam a necessidade de estudos sobre suas vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento do viver soropositivo. Este estudo, que tem seu foco nas condições de vulnerabilidade a que estão expostos os adolescentes e jovens soropositivos do SAAJ do Hospital Central de Maputo, traz a oportunidade de se colocar em discussão, de tornar visível, os modelos de atenção à saúde encontrados em Moçambique, as atitudes e estigmas enraizados à cultura e ao modo de vida deste segmento, para que, respeitando as diferenças sócio-culturais, étnicas, raciais e de gênero, possa-se favorecer a busca por políticas e programas que contemplem a promoção da saúde, reduzindo a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens, favorecendo a resiliência. Desta forma, os conceitos básicos de vulnerabilidade, fatores de risco, fatores de proteção e resiliência, e da sua expressão na vida das pessoas, auxiliam sobremaneira, a busca pela promoção da saúde e qualidade de vida.

Risco relaciona-se à probabilidade de prejuízo em função de um determinado evento na vida do indivíduo ou população, não como uma variável em si, mas que atua como processo (YUNES & SZYMANSKI, 2001). Ele é determinado pelo grau de incidência de um efeito negativo numa dada situação específica. Como a probabilidade do risco é sempre maior que a manifestação do efeito negativo, somente estudos longitudinais permitem estabelecer correlações e obter hipóteses sobre a origem dos efeitos negativos e patológicos, mas é possível se verificar o que minimiza a incidência ou prevalência e o que altera a severidade das manifestações (BOWLBY, 1990).

Vulnerabilidade pode ser considerada como a probabilidade de um resultado negativo ou indesejável na presença de um risco. Trabalhos que atuam na redução de fatores de risco, como os desenvolvidos nos SAAJ, cenário deste estudo, buscam minimizar os fatores de vulnerabilidade, aumentar a proteção e elevar a

resiliência dos adolescentes e jovens, atuando para que o perfil amplo de saúde se manifeste. É sua estratégia desenvolver habilidades de enfrentamento que minimizem o impasse do risco e que elevem os níveis de adaptação, estimulando a possibilidade de resiliência, por meio da oferta de um ambiente de menor risco e vulnerabilidade.

Proteção é tudo que reduz a incidência da severidade de um resultado positivo e de agravo à saúde antecipável sob determinadas condições de risco (WERNE, 1982). Para Rutter (2000) os fatores de proteção estão em estreita relação com os processos de interação, mesmo na emergência de traços geneticamente influenciados, pois é na relação das pessoas com os seus e com o ambiente que ele é construído. Estes fatores, para o autor, podem ser classificados em proximais e distais, compreendendo-os como extremos de uma cadeia de fatores que podem intervir na dinâmica da construção da resiliência. Alguém pode ser saudável num contexto de risco porque as relações não são diretas e causais, inúmeros fatores interferem no contexto e existem processos de resiliência que operam na presença do risco para produzir resultados tão bons ou melhores do que aqueles em outras condições de desenvolvimento.

Para desenvolver políticas que viabilizem a promoção da saúde deve-se considerar o que pode produzir saúde em situações de risco e o que reduz o risco. É nisso que se deve intervir. Existem questões conceituais quando se trata de ambiente e cultura. É essencial compreender os sentidos e os valores dos costumes e crenças de uma dada população numa dada cultura, para que o direito à saúde de uma determinada pessoa ou grupo de pessoas seja preservado e protegido.

É sabido que as minorias e populações em situação de pobreza e desigualdades sociais, necessitam de maior atenção, por estarem mais vulneráveis, vivendo em situação de risco e necessitam desenvolver estratégias de enfrentamento para incrementar aqueles processos que operam na presença de risco, como a

resiliência, favorecendo a qualidade de vida e de saúde. As chamadas redes de solidariedade (associações de base comunitária, de ajuda, de produção de alimentos) procuram alternativas à ausência de cobertura da seguridade e previdência social, e no geral, à falta de resposta do Estado na produção do bem-estar social.

Frente à situação de elevados níveis de pobreza, desemprego e exclusão, essas redes acabam muitas vezes por se reduzir as formas de afrouxamento de níveis de exclusão, através da garantia de geração de formas e estratégias de sobrevivência. Assim, embora sejam um capital social importante, ao interagirem com o meio social em que estão inseridas, sofrem os impactos deste, sendo ao mesmo tempo sujeito e objeto de mutações permanentes.

Um dos princípios centrais dessa abordagem é traduzido pelo conceito de “*empowerment*”, enquanto possibilidade de reconhecimento e participação de sujeitos individuais e coletivos na promoção da saúde. Conforme Carvalho (2004), trata-se de “um conceito complexo quando toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento; tem raízes nas lutas pelos direitos sociais, civis nos novos movimentos sociais”. Tendo em vista a variedade semântica na tradução do termo para o português, optamos pelas versões: “empoderar”, “domínio de”, “apossar-se”; “assenhorar-se”, “dominar”, “conquistar”; “tomar posse”; “emancipar”, para tornar-se livre, independente e criativo.

1.2. Vulnerabilidade

Os estudos sobre incidência e prevalência do HIV e SIDA revelam, para além dos números e equações epidemiológicas, a realidade de um país onde vários e complexos fatores se entrecruzam, determinam e são determinados pela história, conjunturas e contextos, aqui reunidos e interpretados a partir do conceito de vulnerabilidade, amplamente adotado por autores, gestores e pesquisadores

contemporâneos, elucidativo não só para explicar as tendências epidemiológicas atuais, mas também para subsidiar programas e ações de enfrentamento no campo das políticas públicas e sociais.

O movimento inicial das instituições científicas frente ao aparecimento dos primeiros casos da SIDA no mundo, foi o de estabelecer associações probabilísticas a partir das características das pessoas mais afetadas. Este modelo epidemiológico de identificação das especificidades das pessoas que estavam adoecendo, acabou por delimitar certos grupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com a doença eram maiores do que na população em geral. O risco identificado nessa população passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em grupos de risco, como historicamente ficaram conhecidos em diversas partes do mundo, os homossexuais, hemofílicos, prostitutas e usuários de drogas injetáveis.

O isolamento social, conceitual, ético e moral, destes “grupos de risco” mostrou importantes limites para o seu controle, na medida em que acabou por expandir preconceito e discriminação aos grupos identificados, apresentar pouca sensibilidade para a melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas e retardou a percepção de risco daqueles e daquelas que não estavam, ou não se sentiam, incluídos nestes grupos (KALICHMAN, 1993).

A reação social por parte de alguns desses grupos, particularmente os grupos gays organizados norte-americanos, acabou por transferir a idéia de isolamento dos grupos de risco para as chamadas estratégias de redução de risco, que tinham por base a difusão da informação e o incentivo ao uso do preservativo para a prática sexual segura. As novas estratégias trouxeram consigo uma nova abordagem de risco e prevenção à resposta para a epidemia, com a adoção do conceito de comportamento de risco. Esta nova construção, fruto da integração da investigação clínica e epidemiológica no campo da psicologia social e da educação, deslocou a idéia de pertencimento a um grupo populacional em direção

à identificação de um conjunto de comportamentos que efetivamente pudesse expor uma pessoa à infecção pelo HIV (AYRES, 2006).

A noção de comportamento de risco como instrumental das práticas preventivas recebeu críticas por duas vertentes. De um lado, grupos ou movimentos organizados que criticavam os modelos comportamentalistas, ressaltando que a mudança de comportamento não é resultante, necessariamente, do acúmulo de informação mais a vontade do indivíduo, mas condicionada pela disponibilidade de recursos culturais, econômicos, políticos, desigualmente distribuídos entre os sexos e segmentos sociais. Do outro lado, pela evidência epidemiológica de que a epidemia estava a se expandir mais rapidamente nos países mais pobres e afetando, principalmente, determinados grupos sociais, como mulheres e adolescentes (AYRES, 2006).

A percepção dos novos rumos da epidemia motivou um grupo de pesquisadores vinculados a uma iniciativa chamada Coalizão Global de Políticas contra a SIDA, a propor em 1993, um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia da SIDA: a análise da vulnerabilidade à infecção pelo HIV (MANN, et al 1993).

O conceito de vulnerabilidade foi introduzido pela área do direito internacional com ênfase nos direitos universais dos homens (Direitos Humanos), designando originalmente “grupos ou indivíduos fragilizados jurídica e politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (ALVES, 1994:73). Especialmente aplicado à saúde, o conceito emerge para avaliar criticamente as noções de grupo e comportamentos de risco, e o impacto determinado pela epidemia do SIDA em nível local, regional e mundial, conforme Mann et al, (1993: 126):

O esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção,

adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), pragmáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

A possibilidade de leitura das necessidades dos indivíduos, a partir do conceito ampliado de vulnerabilidade, coloca-se à saúde coletiva, na medida em que incorpora práticas cuja essência é o cuidado ao indivíduo-coletivo, a possibilidade de apoiar os sujeitos sociais no que diz respeito aos seus direitos, fato que, na atual conjuntura de saúde dos países em desenvolvimento, se constitui como um desafio a ser perseguido e concretizado (GERRARD et al, 1996). Assim, a operacionalização do conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva, nas quais o cuidado às pessoas deve ser responsabilidade de diferentes setores da sociedade, através da multidisciplinaridade. A “atitude ‘cuidadora’ precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde” (AYRES, 1997, 15:12).

A resposta que o conceito de vulnerabilidade pretende oferecer à necessidade de ir além da tradicional abordagem comportamentalista das estratégias de redução de riscos exclusivamente individuais, é a de poder ser aprofundada no âmbito das diferentes etapas históricas da epidemia e das respostas correspondentes da comunidade científica. Desta forma, particulariza as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) frente a epidemia do HIV/SIDA, examinando a questão a partir de três planos analíticos básicos: individual (ou comportamental); programático (ou institucional) e o social. Cabe ressaltar que esses planos não são estáticos, estão diretamente inter-relacionados e influenciam um ao outro. Desta forma, se interirmos num plano, pode haver um resultado nos outros.

1.2.1. Vulnerabilidade Comportamental

No plano comportamental, a avaliação de vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de se infectar e das formas de se relacionar com a soropositividade, entendidos não como decorrência imediata e exclusiva da vontade dos indivíduos, mas pelo grau de consciência que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e pelo potencial de transformação que os indivíduos têm sobre a sua conduta (AYRES, 2006). Para Mann et al, (1993), a vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental e refere-se aos valores, desejos, conhecimentos, relações familiares, relações afetivo-sexuais, redes e suportes sociais, entre outras.

Se considerarmos os processos de saúde e doença como processos sociais, outras percepções e avaliações não podem ser explicadas somente no plano individual. De acordo com a concepção do processo saúde/doença, os contextos sociais e culturais passam a assumir um importante papel na formulação de políticas públicas e na definição de programas e estratégias de prevenção e de assistência, na perspectiva da promoção da saúde.

1.2.2. Vulnerabilidade Social

As diferentes possibilidades dos indivíduos obterem informações e fazerem efetivo uso delas remetem ao segundo plano de análise da vulnerabilidade: a social. O conceito de saúde definida pela Organização Mundial da Saúde como: “um estado de completo bem estar físico, psíquico e social e não apenas a simples debilidade ou ausência de doença” (OMS, 2004:15), vem ampliar o contexto biomédico, onde os aspectos sócios culturais assumem um importante papel na propagação de doenças e na definição de programas e estratégias de prevenção e de assistência: “o estilo de vida, as práticas, os hábitos e as concepções culturais, assim como o meio social e o ambiente, são fatores determinantes da saúde da população” (CABRAL: 2002:37).

A análise da vulnerabilidade reconhece que grandes temas contextuais como referências culturais, relações de gênero, estigma, discriminação, pobreza, acesso à saúde e educação, participação política e cidadania, influenciam, sobremaneira, a capacidade de reduzir a vulnerabilidade ao HIV. A vulnerabilidade social inclui tanto a vulnerabilidade à doença, quanto a vulnerabilidade ao impacto socioeconômico provocado pelo SIDA.

Um dos aspectos importantes na compreensão da vulnerabilidade social dos adolescentes e jovens é desvendar a rede de significados que dão forma as experiências humanas e compõe um quadro de referencia para as suas vidas, constituído por um conjunto de valores sócio-culturais que, consensualmente ou não, a sociedade prescreve e espera que os seus integrantes os aceitem e promovam (LOFORTE, 2003).

1.2.3. Vulnerabilidade Institucional

Conectando-se ao plano individual e ao social está o plano programático, enfatizado neste estudo no âmbito da saúde e diretamente relacionado ao modo como os programas e serviços de saúde e os demais serviços sociais, permitem que, em contextos determinados, se mobilizem os recursos necessários para a proteção das pessoas à infecção e ao adoecimento pelo HIV (AYRES, 2006). O plano programático refere-se, portanto, à existência de ações institucionais especificamente voltadas para os problemas do SIDA. Neste plano, a vulnerabilidade é analisada por aspectos como: definição de políticas específicas; participação social no planejamento e avaliação; controle social; organização do setor de saúde; acesso aos serviços de saúde; integralidade da atenção; equidade das ações; enfoques multidisciplinares; integração entre prevenção, promoção e assistência à saúde; respeito, proteção e promoção dos direitos humanos; participação comunitária na gestão e implementação dos serviços. O foco da análise dar-se-á na resposta do país para o HIV/SIDA, em especial aos adolescentes e jovens, em relação aos programas de prevenção e assistência, serviços de atenção a pessoas soropositivas, e resposta da sociedade civil.

1.3. Resiliência

Nos últimos anos, a resiliência tem sido recorrente no campo da pesquisa social e da saúde, especialmente entre crianças, adolescentes e jovens. Várias pesquisas e intervenções orientadas por este conceito tem sido objeto de publicações e de discussão em congressos nacionais e internacionais. Sua origem advém da física e refere-se à “propriedade pelo qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica” (FERREIRA, 1975:9). A metáfora é a de um elástico que, após uma tensão retorna ao mesmo estado original.

Na sua aplicação aos seres humanos e especificamente à saúde, a resiliência não implica, necessariamente, a um retorno ao estado anterior, mas sim a superação ou adaptação diante de dificuldades consideradas como um risco. É a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de processos de subjetivação a partir do enfrentamento das situações de estresses ou traumáticas (LINDSTROM, 2001). Os conceitos teóricos sobre resiliência, conforme nos ensina Grotberg (1999), vêm se fundamentando numa variedade de disciplinas como a psicologia, sociologia, psiquiatria, educação e outras. A autora ressalta que para a psicologia, por exemplo, resiliência tem sido definida como a capacidade humana universal de superar as adversidades da vida e ser fortalecido por elas, no plano objetivo e subjetivo da vida psíquica e social. A analogia ao modelo explicativo das ciências exatas resulta de debates e discussões contemporâneas no campo da epistemologia e do estatuto das ciências.

Carvalho (2002) compreende a resiliência como um conjunto de atitudes adotadas pelo ser humano para resistir às situações de risco e voltar transformado, crescendo com a experiência. De acordo com a autora, algumas pessoas a estimulam por si mesmas, sobrepujando guerras, conflitos, situações de pobreza e situações de doenças; outros necessitam de ajuda externa, como da família, dos serviços de saúde, da rede social, que atuam como fatores de proteção que

suavizam os fatores de risco a que estão submetidas. Assim, diz-se que um indivíduo é resiliente quando consegue superar as adversidades e não necessariamente eliminá-las, encontrando forças para aprender com elas. (CARVALHO, 2004). Por estas características, considera-se um conceito que comporta um potencial valioso em termos de prevenção e promoção da saúde da população.

O dicionário da língua inglesa Longman Dictionary of Contemporary English (2003:341) apresenta como definição de resiliência a “habilidade de voltar rapidamente para o usual estado de saúde ou de espírito após situação de doença ou da eminência dela”. Estudo na área da saúde coletiva sobre os fenômenos associados ao sofrimento emocional de indivíduos e famílias que vivenciam de maneira intensa os processos de exclusão social, realizado por Ceconello (2002), define resiliência como um conjunto de fatores considerados positivos para a qualidade de vida das pessoas, após serem submetidas à práticas educativas que valorizam os afetos, a solidariedade, o respeito e os equilíbrios de poder nas relações.

A resiliência como uma categoria praxica (teoria e prática) é referida por Chiesa (2005), compreendida como patrimônio relacional e circunstancial, capaz de fortalecer indivíduos que vivenciam situações adversas de sofrimento emocional e de exclusão social, baseadas nas estratégias de promoção da saúde, que resgata direitos sociais, valoriza o diálogo entre os usuários e profissionais de saúde, exercita a tolerância e o respeito pelas diferenças, seja em atividades individuais ou grupais. Esta categoria praxica do conceito de resiliência foi adotado neste trabalho para subsidiar as análises dos dados obtidos.

Para definir e explicar a categoria resiliência, Kotliarenko et al (1997) apoiou-se na dualidade entre vulnerabilidade e proteção, onde a vulnerabilidade é compreendida como uma dimensão contínua do comportamento, que se move a partir de uma adaptação que tem maior ou menor êxito diante de situações

adversas e eliciadoras de sofrimento e precarização das relações sociais e interpessoais do estresse. Já a proteção, é definida como um conjunto de influências que modificam e melhoram a resposta de uma pessoa e de coletivos aos riscos e resultados frente a eles. Tais conceitos, quando observados em suas possíveis interações, de forma complementar e interdisciplinar, permitem maior flexibilidade na sua compreensão e aplicação para a promoção da saúde. (MUNIST et al, apud ASSIS, 2004).

Para Bloom (1997), as causas etiológicas mais frequentes de doenças entre adolescentes e jovens no mundo inteiro não são apenas as infecções e as doenças sexualmente transmissíveis, mas as razões sociais e comportamentais envolvidas no seu ciclo de vida, que traduzem formas de consciência individual e coletiva, responsáveis por condutas, valores e ações concretas de enfrentamento. Por razões de várias ordens e determinações, os adolescentes e jovens costumam encontrarem-se em situação de maior vulnerabilidade. Frente a elas, podem adotar estratégias de enfrentamento específicas, diretamente relacionadas aos fatores estruturais e estruturantes de suas vulnerabilidades.

A partir de tais definições, podemos afirmar que, frente as vulnerabilidades específicas enunciadas, os(as) adolescentes e adultos jovens enfrentam maiores dificuldades para a elaboração e formulação coletivas de enfrentamento, portanto expressões de resiliência. Alguns autores, como Pereira (2001), associam os conceitos de enfrentamento ao conceito de *coping* , como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados com o objetivo de lidar ou enfrentar demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e crises.

O “constructo” enfrentamento, de acordo com Folkman & De longis (1986:572), pode ser compreendido como os “esforços cognitivos e comportamentos voltados para o manejo de demandas externas ou internas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais”. Seidl (2005), ressalta que a partir da década de

80, pesquisas sobre estratégias de enfrentamento em contextos de saúde e doença têm valorizado a análise do padrão e/ou repertórios de enfrentamento, bem como a identificação de aspectos sociodemográficos médico-clínicos e psicológicos nesse processo. Ainda para a autora, no contexto do HIV e SIDA, o diagnóstico positivo tem significados e implicações médico/clínicas, psicológicas e sociais intervenientes no modo de vida, estados emocionais, relações interpessoais, que podem aportar perdas, danos e mudanças no projeto de vida, levando a situações de isolamento social, estados depressivos, rupturas no projeto de vida e de exclusão social, em suas várias formas de expressão. A literatura especializada descreve reações padronizadas, principalmente caracterizada como negação, depressão, culpa e medo, frequentes em pessoas recém diagnosticadas.

Observa-se um crescente interesse pelo estudo de resiliência no campo da promoção da saúde e prevenção das DST e SIDA. Tal interesse tem propiciado o surgimento de importantes estudos que, ampliando o conceito de riscos, enfatizam os fatores positivos que mobilizam indivíduos e coletividades para a superação de dificuldades e adversidades, de maneira propositiva e com rebatimentos na qualidade de vida das pessoas e comunidades. Parte-se do pressuposto de que é possível, por meio de programas e ações estrategicamente pensadas, promover e/ou recuperar o bem-estar e condutas pessoais para o desenvolvimento e fortalecimento da resiliência (MUNIST, 1998; BLOOM, 1996; apud ASSIS, S.G., 2004).

A discussão do conceito de resiliência tem como eixo a correlação e contrapontos entre os fatores e processos intrapsíquicos e sociais envolvidos, de enfrentamento das vulnerabilidades e circunstâncias consideradas “temáticas”, interruptivas de modos de vida. Envolve, portanto, a compreensão integradora dos fatores de adversidade e de proteção internos e externos ao sujeito, bem como o desenvolvimento de competências de enfrentamento: 1) Individuais: características de personalidade; auto-imagem; habilidades sociais e interpessoais; pertencimento; identidade social; especificidades de gênero, idade e etnia;

relacionamento entre pares; 2) Familiares: traduzem-se em oportunidade de suporte afetivo, financeiro, aceitação, abrigo, pertencimento, acolhimento; 3) Comunitárias/Sociais: interações e integração na comunidade e grupos sociais e profissionais de referência, incluindo serviços escolares e de saúde. Articulando-se ao conceito de vulnerabilidade, a resiliência pode ser associada à prevenção primária, promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, mediadas por disposições subjetivas e objetivas de enfrentamento das questões relacionadas ao HIV/SIDA.

Capítulo 2. MÉTODO

2.1. Caracterização do estudo

Método é o caminho percorrido na busca de atingir os objetivos propostos em uma pesquisa, que implica escolhas conceituais por parte do pesquisador. As bases teóricas e metodológicas que fundamentaram esta investigação sustentam-se epistemologicamente no método dialético histórico-estrutural e em premissas da pesquisa social exploratória qualitativa. Foi realizada uma vasta revisão de literatura, e os dados foram obtidos de acordo com os pressupostos da observação participante e por meio de entrevistas semi-estruturadas, tendo como cenário social/institucional e empírico o grupo de convivência do SAAJ do Hospital Central de Maputo. Os conteúdos fornecidos pelos informantes foram analisados e interpretados com base na Hermenêutica de Profundidade, sob a luz dos conceitos de vulnerabilidade e resiliência

No presente trabalho, parti de evidências sociais, políticas e epidemiológicas de Moçambique, apresentadas na Introdução deste trabalho, que explicam a etiologia dos problemas que estão nas origens das perguntas e indagações orientadoras desta pesquisa. Nesse processo, foram imprescindíveis e valiosos alguns estudos realizados no país, identificados e analisados em levantamento bibliográfico e revisão de literatura.

2.2. Enfoque dialético e a pesquisa qualitativa

A escolha pelo enfoque dialético deu-se pelo entendimento de que um fenômeno ocorre em função de uma contingência histórica, construído em espaços públicos e privado, onde se dão os processos de construção e reconstrução da vida social.

A apreensão do objeto de estudo numa perspectiva histórica, implica compreender as relações e reações que se dão entre os diversos atores, ou seja, apreender o fenômeno estudado em suas várias dimensões. Desta forma, ao alcançar o significado das ações dos sujeitos no seu relacionamento com o sistema de relações onde estão inseridos, apreende-se o passado contido no presente e as determinações que os constituem.

Esta apreensão significa observar o objeto de estudo a partir do singular à sua interação no geral, da base material concreta à sua dimensão no consciente das pessoas, no movimento da prática à teoria. Na corrente dialética, a teoria e a prática são complementares, não excludentes, ocorrendo a necessidade mútua para análise da realidade. O objetivo e o subjetivo caracterizam-se como ambos participantes de um mesmo processo (MINAYO, 1993). A dialética não reduz quantidade à qualidade e vive-versa, mas mantém entre elas, relacionamento polarizado não linear, com as contradições e tensões inerentes, como descrita por Holloway (2003: 43):

O pensamento dialético aponta para a ambigüidade fundamental do ser humano, movendo a dinâmica da realidade, que é a busca da transcendência, tendo em vista a incompletude. Porém, esta busca esbarra na mediação do objeto, impregnado de sociabilidade e intersubjetividade. O movimento resultará nesta constante superação dos momentos objetivos, porém dentro da historicidade em busca da totalidade. Neste sentido, utilizar-se da corrente dialética pressupõe conceber a realidade permeada de contradições, tensões, ao contrário do suposto equilíbrio sempre impetrado.

A escolha em realizar uma pesquisa social exploratória qualitativa está diretamente associada à natureza do objeto de estudo e aos objetivos que foram determinados para esta investigação. Conhecer as vulnerabilidades e as formas de enfrentamento da soropositividade entre os adolescentes e jovens participantes do grupo de convivência do SAAJ do Hospital Central de Maputo exige uma abordagem qualitativa, dado que seu foco perpassa as relações individuais, sociais

e culturais, e seus significados frente à infecção pelo HIV/SIDA. A escolha deu-se ainda, pela ênfase que a pesquisa qualitativa dá ao processo, sendo o próprio processo o modelo da investigação (MARTINS et al, 2005).

TRIVIÑUS (1995), quando discute a dimensão da abordagem qualitativa, reforça esta escolha metodológica, na medida em que ressalta que o enfoque qualitativo de caráter histórico-estrutural e dialético vai além da compreensão dos significados. Ele permite a busca das raízes das existências, suas relações com o meio, sendo o sujeito um ser social e histórico, contemplando os diversos contextos culturais inseridos pelos indivíduos. Considera, ainda, ser este um caminho ideal para penetrar e compreender o significado e a intencionalidade das falas, vivências, valores, percepções, desejos, necessidades e atitudes de um determinado grupo ou segmento social. Outros estudiosos de metodologias de pesquisa como Martinelli (1999) e Demo (2001), também apontam a pesquisa qualitativa como àquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Quando buscamos em uma pesquisa conhecer e interpretar as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado em um determinado grupo social, Denzin & Yvonna alertam que devemos estar especialmente atentos aos seguintes aspectos: a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado; as limitações situacionais que influenciam a investigação; e a importância dos aspectos culturais do contexto.

2.3. Informantes da pesquisa

Consideramos como informantes desta pesquisa, 42 adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA – 31 mulheres e 11 homens - em tratamento no SAAJ do Hospital Central de Maputo, que representam o total de pacientes que participaram, pelo menos uma vez, nas sessões semanais do grupo de convivência deste serviço, no período de julho/2005 a julho/2006.

Uma análise dos registros do serviço e das sessões de grupo, permitiu obter os dados que compõem o perfil destes informantes. A média de idade foi de 19 anos e todos(as) referiram parceria sexual somente com pessoas do sexo oposto. O tempo médio de conhecimento da soropositividade, quando iniciaram a participação no grupo de convivência, foi de oito meses para as mulheres e de sete meses para os homens. Do total de informantes, 25,1%, das mulheres e 15% dos homens, faziam uso da terapia antiretroviral.

Observamos que 35% das mulheres e 41% dos homens eram estudantes, sendo que a grande maioria encontrava-se em níveis de ensino compatíveis com a idade. Menos de 10% relatou exercer algum tipo de atividade de natureza informal, que pode ser traduzida em atividade sem regularidade, como trançar cabelo ou comércio de algum tipo de produto. Todos relataram nunca ter exercido qualquer atividade de voluntariado.

Quase todos (as) os (as) informantes viviam com seus pais ou outros familiares na cidade de Maputo, dividindo suas casas com cerca de quatro pessoas, com acesso à água, luz, televisão e rádio. A renda média familiar aproximada foi estimada em 100,00 (cem) dólares americanos. O grupo se constituiu, quase igualmente, de católicos e evangélicos e uma pequena parcela de muçulmanos.

A idade média da primeira relação sexual foi de 15 anos entre as mulheres e de 16 anos entre os homens, seguindo a tendência das taxas da cidade de Maputo, encontrada no Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento sexual dos Adolescentes e Jovens (INE/INJAD, 2001). Dentre o total de informantes, 35% já havia engravidado pelo menos uma vez e 15% possuía pelo menos um filho.

2.4. Cenário de desenvolvimento do estudo

O grupo de convivência teve sua primeira sessão no dia 20 de julho de 2005, com os adolescentes e jovens soropositivos que aceitaram o convite da equipe técnica durante as consultas. O dia de sábado foi estabelecido para a reunião das sessões do grupo, pois nestes dias as dependências do serviço estão vazias, facilitando a privacidade.

Tive a oportunidade de facilitar, conjuntamente com a psicóloga do serviço, as sessões do grupo. Antes do início de cada sessão, os participantes eram informados que eu estaria presente como facilitador e pesquisador, onde eram apresentados os objetivos e os aspectos éticos da pesquisa. Nesta ocasião eram obtidos os esclarecimentos consentidos dos novos participantes, conforme previsto no protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde de Moçambique. Durante todo o período correspondente à pesquisa, nenhum dos participantes colocou nenhuma resistência ou se recusou em participar.

O formato, composição e a dinâmica do grupo, foram delineadas pelos sete participantes que se apresentaram no primeiro dia, sendo reformulado e adaptado com a chegada de novos membros. As características do grupo se mantiveram até a última sessão onde participei como pesquisador: grupo semanal aos sábados à tarde nas dependências do SAAJ, com duração média de três horas; aberto aos novos participantes; as sessões eram temáticas, a partir de temas definidos de acordo com a demanda dos adolescentes e jovens. A cada semana, cerca de um participante novo integrava-se ao grupo, que manteve, ao longo do tempo, uma média de frequência semanal em torno de 87% dos participantes inscritos.

Os temas de maior interesse dos participantes do grupo foram: sexo e sexualidade das pessoas soropositivas; compartilhamento do diagnóstico; preconceito e discriminação com as pessoas vivendo com HIV/SIDA; gravidez soropositiva;

informações técnicas sobre HIV/SIDA; ativismos e participação social. Para abordagem destes temas foram utilizados diferentes recursos, como debates de filmes e reportagens, dramatizações e produções conjuntas de músicas e peças de teatro.

O conceito de grupo adotado no trabalho do SAAJ, baseou-se nos princípios de que um grupo é mais do que a soma das partes. É um espaço dinâmico de interação que cria pontes, estabelece vínculos e relações de confiança e de trocas, que se transforma e transforma seus participantes. É o encontro dos afetos vividos pelos seus membros, que gera autonomia e cuidado consigo e com o outro, conforme tão bem descrito por Benevides (1994:222) em sua tese de doutorado, quando destaca as várias possibilidades e modalidades de mobilização que o processo grupal pode desencadear em seus integrantes:

Um primeiro destaque a ser feito em relação ao trabalho com grupos é o fato de que nele se estabelecem conexões não apenas entre pessoas diferentes, como também entre modos de existencialização diferentes. Isto cria um vasto campo de confrontos de certezas, de expectativas, de interrogações, que se propagam como ondas sonoras, abrindo fossos onde tudo estava cimentado, fissurando o que estava congelado. Muitos diriam que isto não é exclusivo do grupo. É verdade. Mas é verdade também que as falas portadoras de cristalizações, os afetos congelados em territórios fechados, quando acionados pelo dispositivo grupal são mais facilmente argüidos em seu caráter natural.

Pichon-Riviére (1971:123) é consoante a tal pensamento, quando afirma que “um grupo tem uma estrutura, uma forma, porém não é resultado da soma das partes, mas um todo estruturado que abarca seres individuais, sensíveis, pensantes, atuantes, que se movimentam absorvendo e influenciando o seu próprio caminho, dando singularidade à experiência vivida”. Brabender (1992) também ressalta que a vivência grupal pode fornecer *feedback* entre os envolvidos no processo, sendo altamente eficaz para provocar mudanças interpessoais.

Os grupos podem assumir diversos formatos conforme suas finalidades, podendo ser de trabalho, de treinamento, terapêuticos, entre outros. Vale, portanto, nos reportar ao estudo de Wood (1990:11), quando conclui que “é difícil dizer o que é e o que não é psicoterapia de grupo, principalmente porque os grupos não terapêuticos podem atingir resultados semelhantes aos dos grupos terapêuticos”. Munari & Zago (1997:36) também fazem um alerta em relação a esta questão, quando afirmam que “os resultados terapêuticos podem permear a vida de qualquer grupo, pela natureza que os caracteriza”.

Uma revisão de literatura sobre abordagens grupais na área de saúde, apresentada no artigo de Rasesa (1999), demonstrou a diversidade de modalidades e experiências relatadas neste campo: grupos de apoio atendendo à pacientes em tratamento ambulatorial e hospitalar; grupos terapêuticos abertos; grupos psico-educativos de orientação cognitiva comportamental; grupos fechados; grupos de convivência ou ajuda mútua. Os grupos são apontados pelos autores como uma fonte substituta de apoio e encorajamento, pois podem promover a redução dos medos, ansiedade, sensação de isolamento e a aprendizagem de novas maneiras de lidar com as doenças crônicas.

Os grupos constituídos por pacientes com uma patologia comum têm sido cada vez mais reconhecidos como recurso viável e eficaz para a saúde. O aumento do número de grupos nos últimos anos tem legitimado a necessidade destes. Eles podem ser descritos como associações voluntárias, facilitados por profissionais ou auto-facilitados por pessoas que compartilham de problemas comuns, doença ou condição humana, que confiam no conhecimento derivado da experiência de quem passa ou passou a mesma situação. Essas pessoas tendem a lidar e resolver seus problemas por meio de interesses comuns na perspectiva de ajuda - mútua. As teorias sobre as relações de troca apontam que elas ocorrem porque são reforçadas mutuamente por ambos os participantes e trazem vantagens para todos. “Os principais reforços costumam ser a aprovação social e a auto-realização, que perdura na vida do indivíduo, maximizando seus resultados” (WOOD, 1990: 32).

Vários autores apresentam em suas obras a importância e benefícios dos grupos de convivência. Getzel (1991), em seu trabalho sobre os benefícios de grupos de pacientes com patologias comuns, ressalta que as intervenções grupais capacitam seus membros a desenvolver um senso mais positivo de si próprio, tornando-os mais ativos e seguros, elevando a auto-estima e facilitando o encontro de novos significados na vida.

Especialmente em relação aos portadores do HIV/SIDA, a produção científica encontrada, traduzida em pesquisas e experiências de atenção a esse segmento, são unânimes em salientar os resultados positivos obtidos em relação à qualidade de vida dos pacientes, enfocando a adesão ao tratamento. Bernstein & Klein apud RASERA (2003) e Tunnell (1991), enfatizam que apesar da eficácia desse tipo de intervenção, a abordagem grupal ainda se constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, dado a complexidade de fatores envolvidos no seu processo de planejamento e desenvolvimento. Muitos destes aspectos já foram ressaltados por Freire (1997), como: o respeito aos saberes dos componentes do grupo; os riscos; a aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação; o respeito à autonomia do ser do participante; a convicção de que a mudança é possível; a disponibilidade de diálogo; o comprometimento; a pesquisa; a criticidade; a estética; e a ética.

Munari & Rodrigues (1997), constataram em trabalho com pessoas vivendo com HIV/SIDA no Brasil, que esse tipo de grupo traz substanciais benefícios aos seus integrantes, pois se apresenta como uma opção voluntária com o objetivo de fornecer aos pacientes, convivendo com situações semelhantes, uma oportunidade de expressar suas preocupações e buscar formas de enfrentamento da soropositividade.

Para Aguiar et al (2001), baseados nas suas experiências com grupos de convivência entre portadores do HIV/SIDA em Portugal, os grupos costumam

proporcionar aos seus membros um favorecimento no processo de adaptação às diferentes situações geradas pelo diagnóstico da soropositividade; aquisição e reforço de atitudes positivas face à integração no contexto social; melhoria da qualidade de vida; proximidade com os profissionais envolvidos no seu tratamento; facilidade de expressar seus sentimentos ligados ao viver com HIV/SIDA; melhoria no processo de auto-compreensão; favorecimento ao conhecimento e a mobilização de recursos pessoais; melhoria da comunicação no contexto familiar, laboral, sanitário e de auto-cuidados; apoio na resolução de problemas; participação social.

A composição desse tipo de grupo é objeto de uma série de posições antagônicas entre diferentes autores. Spector & Conklin (1987), sugerem que a composição do grupo deve obedecer a uma similaridade baseada nos estágios da infecção, em contrapartida a outros estudos, como o de Zimmerman (1997), que demonstra experiências positivas com grupos de pacientes soropositivos em diferentes estágios da infecção. Outras variáveis também são apontadas em alguns estudos como determinantes na composição dos grupos de apoio, como as formas de contágio por Getzel (1991) e gênero por Siebert & Dorfman (1995).

Souza & Vietta, no artigo intitulado “Benefícios da interação grupal entre portadores do HIV/AIDS”, publicado em 2004, revelam que a partir do momento em que adolescentes e jovens tomam conhecimento da sua soropositividade costumam entrar em uma estreita relação com a doença incurável, com o sofrimento físico e mental e com a morte. A reação negativa do portador de HIV/SIDA frente a seu diagnóstico, geralmente são expressas por sentimentos de insegurança, medo, impotência, desesperança e revolta, justificados, muitas vezes, pela culpa e por uma sensação de fatalidade inerente. Discorrem ainda, que embora as condições evoquem sentimentos pessimistas, são surpreendentes, a força e a garra com que certos pacientes revelam e mobilizam recursos para recobrem seu equilíbrio em busca de alternativas de enfrentamento. A pesquisa demonstrou ainda, que é desejo da maioria dos pacientes, conviver em um espaço

com pessoas que apresentam os mesmos problemas e que essa convivência pode ser facilitadora no enfrentamento das suas dificuldades, contribuindo de forma positiva para o processo de aceitação e participação destes no próprio tratamento.

O ACORD (2006), periódico que divulga estudos e trabalhos relativos ao HIV/SIDA no continente africano, apresenta em algumas de suas edições, experiências dessa natureza em associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA no Zimbábue, Angola, Tanzânia e África do Sul. As experiências apontam para grandes dificuldades de adesão dos pacientes aos grupos de convivência por medo de serem identificados por outros pacientes ou pela comunidade, porém nenhum dos periódicos consultados refere-se exclusivamente a grupos com adolescentes e jovens.

2.5. Pesquisa Empírica

Esta etapa deu-se por meio de observação participante e por entrevistas individuais:

Foram observadas 45 sessões do Grupo de Convivência no período de julho de 2005 a julho de 2006. Os conteúdos relevantes para a pesquisa, extraídos dos depoimentos, debates, opiniões, questionamentos e posicionamentos, desde o surgimento do grupo até o momento em que finalizamos o processo de observação participante, foram registrados, primeiramente, em folhas avulsas e posteriormente transcritos, detalhadamente, para um diário de campo.

A aplicação das entrevistas semi-estruturadas de profundidade foram realizadas individualmente pelo pesquisador, com 16 mulheres e 6 homens ⁷, nas dependências do SAAJ, em dia e horário fora da realização do grupo, na segunda quinzena de julho de 2006, quando se encerrava a etapa de observação das sessões

⁷ Este quantitativo (16 mulheres e 6 homens) foi definido por ser considerado, estatisticamente, representativo do universo dos informantes (>50% de cada sexo) e pelos participantes semanais do grupo terem se mantido, ao longo do tempo, em média, com as mulheres representadas por quase o triplo dos homens.

do grupo Nesta entrevistas, com duração de cerca de uma hora e meia, foram aprofundados aspectos importantes observados nas sessões de grupo.

A observação participante foi adotada como procedimento metodológico por permitir a observação direta dos participantes de um determinado grupo social e por prever a inclusão do observador na realidade de vida do ator ou grupo observado, “ocupando o papel de membro grupal, para conhecer a vida dos integrantes, a partir do contexto do mesmo” (GIL, 1991:26). A escolha pela observação participante também se deu por ser um método de coleta de dados que pode ser utilizado a partir de uma orientação paradigmática, visando socializar conhecimentos e promover transformações sociais em benefício dos participantes da pesquisa e da sociedade, como contribuir para o planejamento de programas e políticas voltadas aos adolescentes e jovens em Moçambique.

Na observação participante, o investigador deve deixar claro, desde o primeiro momento da pesquisa, que tudo o que será realizado no ambiente, de alguma maneira, fará parte da investigação. Nesse sentido, todas as interações dos sujeitos compõem um movimento dialético, pois ao mesmo tempo em que elas produzem o processo investigativo, elas são produzidas por ele (GOLDENBERG, 1997).

Na pesquisa qualitativa, além da observação participante, a entrevista de profundidade também se caracteriza como um instrumento plausível, por possibilitar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo, materiais que podem ser traduzidos tanto na sua dimensão objetiva como subjetiva, permitindo a elucidação das informações pertinentes a um objeto em estudo. Neste processo investigativo, nossa escolha recaiu em associar a observação participante com entrevistas semi-estruturadas individuais, combinando perguntas fechadas e abertas, com o objetivo de possibilitar o aprofundamento de aspectos significativos relativos à vida dos informantes anunciadas nas sessões do grupo, em estreita relação com os objetivos definidos nesta pesquisa.

A escolha dos informantes da pesquisa submetidos às entrevistas se deu de forma aleatória, realizada por meio de um sorteio entre o total dos informantes. Todos os sorteados aceitaram em participar das entrevistas. Para compor o grupo de entrevistados respeitamos as características de sexo do total dos informantes e das participações semanais, com as mulheres representando quase três vezes o número dos homens. Não foi considerada importante a ampliação do número de adolescentes e jovens submetidos à entrevista, pois já foi constatada saturação nos relatos dos(as) vinte e dois participantes. De acordo com Polit & Hungler (1995: 371), “a saturação dos dados se dá quando o pesquisador tem a sensação de encerramento, porque os dados novos produzem informações redundantes”.

O roteiro semi-estruturado das entrevistas, anexo 1, foi elaborado a partir das observações realizadas nas reuniões semanais do grupo. Ele foi previamente validado em duas experimentações com dois jovens que frequentavam o grupo, não integrantes desta etapa de nossa pesquisa. Optamos por não gravar as entrevistas, tendo em vista os temores e restrições sugeridos pelo próprio grupo. Buscamos, portanto, escrever na íntegra, na medida do possível, o conteúdo das falas mais representativas das revelações, podendo ter ocorrido perda de informações. As entrevistas tiveram como objetivo aprofundar alguns aspectos considerados chaves e elucidatórios no processo de obtenção e sistematização dos dados da pesquisa. A ênfase foi de aprofundamento do fenômeno.

O que torna a entrevista semi-estruturada um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais, específicas. Triviñus (1987) além de ressaltar os mesmos benefícios de entrevista desta natureza, aponta para a possibilidade de se estabelecer uma relação de liberdade e espontaneidade entre o entrevistado e o pesquisador, enriquecendo desta forma, a coleta de dados de uma investigação. Acredito que minha participação nas sessões

do grupo, que abordou diversas temáticas referentes à intimidade da vida dos informantes, foi um facilitador para que os informantes se sentissem a vontade em abordar determinadas questões nas entrevistas, principalmente em relação a aspectos da sexualidade.

2.6. Análise e interpretação dos conteúdos

Os conteúdos observados e registrados nas sessões do grupo e nas entrevistas individuais foram analisados de forma conjunta e organizados para efeitos didáticos e operacionais em três categorias de análise previamente definidas, por se caracterizarem em fases seqüenciais na linha da vida:

Na primeira categoria, foram reunidas informações, relatos e percepções sobre situações e significados anteriores ao conhecimento do diagnóstico, buscando compreender e inter-relacionar os possíveis fatores que configuraram e caracterizaram as vulnerabilidades e riscos que levaram à infecção pelo HIV/SIDA, denominada de fase pré-diagnóstica;

Na segunda categoria, foram reunidos relatos de situações vividas, reveladoras de atitudes, informações e percepções, construídas no processo de busca e realização do teste anti-HIV, que recebeu o nome de fase diagnóstica;

Na terceira categoria, foram agrupados os conteúdos que traduziam estratégias individuais e coletivas de enfrentamento no âmbito do viver com HIV e SIDA, com repercussões no indivíduo, família e na comunidade, que denominamos de fase pós-diagnóstica.

Thompson (1995), em seu livro “Ideologia e Cultura Moderna”, propõe uma forma sistematizada de análise de formas simbólicas que se constitui em um marco referencial metodológico denominado de Hermenêutica de Profundidade. Para o autor, formas simbólicas são discursos, conteúdos, interações e expressões

significativas de várias naturezas, inseridas em contextos e processos sócio-históricos específicos, dentro dos quais e por meio dos quais são produzidas, transmitidas e recebidas. É com base nesse referencial que tratamos as formas simbólicas observadas nas sessões de grupo e nas entrevistas individuais, percorrendo três fases distintas e complementares: análise sócio-histórica; análise formal; interpretação e re-interpretação.

A análise sócio-histórica é a primeira fase do processo de análise e interpretação de dados pela hermenêutica de profundidade, que prevê a construção das condições sociais e históricas em que as formas simbólicas obtidas foram produzidas. A reconstrução da história de Moçambique e a contextualização dos diversos aspectos sociais, culturais e programáticos que envolvem os adolescentes e jovens e sua relação com a epidemia do HIV/SIDA, possibilitou criar as bases para uma primeira análise dos conteúdos obtidos nas sessões do grupo de convivência e nas entrevistas individuais.

A segunda fase da hermenêutica de profundidade prevê uma análise formal e discursiva das formas simbólicas, já que elas são produtos de ações que estão baseadas em regras e recursos disponíveis ao produtor, assim como construções simbólicas complexas, por meio das quais, algo é expresso ou dito. Por esta fase ter seu enfoque na organização interna das formas simbólicas, com suas características estruturais e seus padrões e relações, a partir do pressuposto de que, por trás do discurso aparente simbólico e polissêmico esconde-se um sentido que convém desvelar, as técnicas de análise de conteúdo se apresentaram apropriadas para apoiar este momento de análise.

Desta forma, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de BARDIN (1997), que está fundamentada em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens revelam indicadores quantitativos ou não, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas

mensagens. Uma das primeiras tarefas do pesquisador consiste em efetuar um recorte dos conteúdos em elementos que deverão em seguida, serem agrupados em torno de categorias, que neste caso, como já nos referimos acima, foram classificadas por fase pré-diagnóstica, fase diagnóstica e fase pós-diagnóstica.

Facilitado pelas duas fases anteriores, a interpretação e reinterpretação das formas simbólicas se apresentou como a última fase do processo da análise de acordo com a hermenêutica de profundidade, implicando num novo movimento de pensamento, onde a interpretação se procedeu por síntese e pela construção criativa dos possíveis significados.

De acordo com Thompson, (1995), as formas simbólicas representam algo, elas dizem alguma coisa sobre algo, e é esse caráter transcendente que deve ser compreendido pelo processo de interpretação. Como as formas simbólicas fazem parte de um campo pré-interpretado, elas são interpretadas pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico. Foi o momento em que realizei uma análise detalhada dos conteúdos, interpretando-os em conformidade com os fatores culturais, macro-conjunturais e pessoais de risco e de proteção, a luz dos conceitos de vulnerabilidade e resiliência.

Assim, pelo fato do processo interpretativo da Hermenêutica de Profundidade se dar num campo pré-interpretado, sempre correremos o risco de projetarmos um significado possível divergente ao significado construído pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico. A interpretação sempre será um processo arriscado, cheio de conflitos e, sobretudo, um campo nunca fechado em si mesmo. Haverá sempre a possibilidade de uma nova interpretação, o que não significa a invalidação de outra interpretação, afinal, como nos alerta Thompson (1995: 64), “a possibilidade de um conflito de interpretação é intrínseco ao próprio processo de interpretação” e Gadan (1983:36), quando afirma que “uma interpretação definitiva parece ser uma contradição de si mesma, aventurar-se neste campo é

arriscado, mas, sobretudo, fundamental, mesmo porque, conhecimento é, antes de mais nada, um auto-conhecimento”.

2.7. Cuidados éticos

A natureza e abordagem da questão científica e problemas éticos na pesquisa qualitativa são sutis e nem sempre tratados com os devidos cuidados frente sua complexidade. Segundo alguns autores, existe, por exemplo “(...) um conflito ético potencial quando um investigador acessa um determinado grupo social, especialmente no tocante à forma como esse contato acontece e aos efeitos que ele pode causar nos participantes. No entanto, a proteção dos participantes durante todo o processo da pesquisa – entrada no campo, interação entre pesquisadores e participantes, coleta de dados, devolução dos resultados, saída do campo e divulgação dos resultados é imperativa” (MEDEIROS, M. et al, 2006).

No que se refere aos aspectos éticos na pesquisa qualitativa, os problemas podem ser minimizados quando o pesquisador responsável e consciente adota os princípios: autonomia, que implica o exercício pleno do direito dos participantes de voluntariamente aceitar ou recusar sua inclusão no estudo a partir das devidas informações sobre propósitos e processo da pesquisa; o da beneficência – benefícios auferíveis e evitação de danos ou prejuízos que incluam a ruptura de acordos e pactos, bem como a quebra da confidencialidade, que possam ocasionar danos sociais ao participante; o da justiça, cujos aspectos cruciais são impedir a exploração e o abuso dos participantes, são a exposição a riscos e a vulnerabilidade dos sujeitos envolvidos.

Toda pesquisa que, de alguma maneira envolve seres humanos como sujeitos de investigação, requer atitudes e condutas responsáveis por parte do pesquisador, respeitando-se os aspectos éticos derivados dos modos de interações entre pesquisador e pesquisados, e dos temas e conteúdos abordados.

A pesquisa qualitativa possibilita a abordagem de aspectos subjetivos em sua relação com o mundo, no âmbito individual, social e coletivo, no universo de significados, representações, crenças, valores e atitudes dos atores envolvidos. A pesquisa em saúde busca a compreensão do processo saúde/doença em suas múltiplas determinações, e/ou na perspectiva da saúde pública, cujo enfoque é a promoção da saúde e da qualidade de vida e melhoria dos serviços de saúde.

As questões e critérios éticos, presentes na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde do Brasil, que rege normas para pesquisas que envolvem sujeitos humanos, estão abaixo relacionados e foram minuciosamente discutidos e seguidos:

“Em relação ao consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes”: utilizamos nesta pesquisa a ficha de consentimento livre e esclarecido - anexo 2- no qual se explica o objetivo da pesquisa e de que forma a participação do sujeito seria utilizada. Nele está contida a garantia que a participação do sujeito pode ser encerrada a qualquer momento, além do sigilo das informações. Foi ainda explicado aos participantes o objetivo da pesquisa, sendo reafirmados os termos do sigilo, esclarecidas as dúvidas e incentivadas perguntas sobre sua participação;

“Em relação à ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos e garantia de que danos previsíveis seriam evitados, acarretando um maior benefício e o mínimo de danos e riscos”: esta pesquisa não envolveu riscos físicos, mas foram tomados todos os cuidados possíveis para que os participantes não corressem risco algum. Sabe-se que em toda pesquisa na qual se utilizam entrevistas abertas, podem ser evocados alguns conteúdos emocionais não totalmente controlados pelo pesquisador. Nesse sentido foi garantido o cuidado posterior aos participantes, se necessário, através da minha disponibilidade em dar suporte a possíveis demandas de apoio emocional. Além disso, houve um comprometimento de comunicá-los quando do término do

trabalho - após a defesa da tese - oferecendo-lhes a possibilidade de acesso ao resultado do trabalho. Os benefícios da pesquisa não são diretos, sendo a contribuição para a compreensão do fenômeno, o principal deles. O sigilo em relação ao nome dos informantes foi totalmente preservado;

“Em relação à relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária”: uma pesquisa empírica que trata das vulnerabilidades e formas de enfrentamento da soropositividade para o HIV, pode trazer significativos resultados, como: para instrumentalizar profissionais de saúde; definição e implementação de programas e políticas que atendam a demanda crescente de pacientes que buscam apoio e orientação nesse sentido, porque vivenciam com insegurança essa situação inusitada, atípica, sendo geralmente alvo de preconceito e discriminação, justificando a relevância social desta pesquisa.

Capítulo 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é apresentado o resultado do processo de análise e interpretação das informações e conteúdos elaborados pelos informantes, visando responder às indagações norteadoras e de fundamentação teórica e metodológica desta pesquisa. Para organizar o processo de coleta de dados e de suas interpretações, análises e conclusões, tendo em vista os objetivos anunciados, separamos esquematicamente as experiências dos sujeitos de pesquisa em três fases específicas.

Na primeira fase, denominada de fase pré-diagnóstica, buscou-se compreender os fatores de vulnerabilidade que contribuíram para que os adolescentes e jovens informantes deste estudo tenham se infectado pelo HIV. Na segunda, fase diagnóstica, buscou-se compreender e explicar as percepções expressas nos discursos dos informantes em relação à motivação e ao processo de realização do teste anti-HIV e o impacto desta vivência em suas vidas. A terceira fase, definida como fase pós-diagnóstica, contempla as estratégias adotadas pelos informantes para o convívio com a soropositividade e as potencialidades coletivas observadas como possibilidade de enfrentamento e expressões de resiliências.

Para facilitar a leitura foi utilizado o termo “os informantes” de forma genérica, apontando as especificidades de cada sexo quando os dados revelaram discrepâncias significativas. Quando as falas dos informantes continham conteúdos similares, optou-se por apresentar aquelas consideradas mais ilustrativas.

3.1. Fase Pré-diagnóstica

Adolescência e juventude têm sido compreendidas como momentos do ciclo de vida de transição entre a heteronomia da infância e a autonomia que caracteriza a

idade adulta na sociedade, vivenciada de formas diferentes pelos indivíduos, de acordo com o seu sexo e com o contexto social e cultural a que estão inseridos (SPOSITO, 2005). Autores como Mussen (1995) e Kuapper (2001), também dirigem o conceito de adolescência e de juventude para um processo de crescimento e mudanças que começaria com o início da puberdade e terminaria quando as responsabilidades adultas fossem assumidas, ressaltando que nas sociedades mais simples ele pode, por exemplo, ser mais breve do que nas sociedades tecnologicamente mais desenvolvidas.

Entretanto, é evidente na literatura psicológica e sociológica a tendência de conceituar a adolescência e a juventude de forma descontextualizada, seja como uma fase de desenvolvimento que, portanto, remete à biologia e aos estados do corpo, ou como categoria sócio-demográfica que remete a parâmetros etários. Esta ambigüidade acaba por gerar problemas operacionais, dificultando a conceituação e até limites etários aceitáveis pelos diferentes atores sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como a fase de desenvolvimento compreendida entre 10 e 19 anos e juventude entre 20 e 24 anos, porém esta noção “naturalizante” está em oposição ao caráter sócio-construído dos termos e a complexidade com a qual nos deparamos quando nos aprofundamos nesta temática.

O entendimento de adolescente e jovem adotado neste estudo, parte do princípio de que a especificidade dos ciclos de vida pressupõe a compreensão numa dada sociedade ocidental ou oriental e que abrange um determinado contexto sócio-histórico, cultural, além de abranger também os processos de desenvolvimento e constituição de identidades pessoais. O comportamento do adolescente ou do jovem é resultado de múltiplas conexões ambientais às quais ele está inserido ao longo de sua vida. Pode-se ter a dimensão da importância desse momento, fase da adolescência e juventude, se pudermos ampliar nosso olhar para o que vem a ser uma abordagem ecológica do Desenvolvimento Humano (KOLLER 2004).

Partindo da compreensão do desenvolvimento humano como “um conjunto de processos a partir dos quais as particularidades das pessoas interagem para produzir estabilidade e mudança nas características da pessoa, no curso de sua vida” (BRONFENBRENNER, 1996:191), podemos entender que tanto o desenvolvimento, como a saúde, é resultante de um processo continuado de interação entre a pessoa e seu contexto. Deve-se, portanto, situar a adolescência e a juventude, no contexto das condições sócio-históricas que definem sua especificidade enquanto objeto de estudo (MARGULIS, 2001)

3.1.1. A primeira relação sexual

A iniciação sexual é destacada como um ritual de passagem que envolve distintos trânsitos entre a infância, a adolescência e a juventude (GALLAND, 1997), perpassada e mediada por sentidos identitários diversos, como o que se entende por masculino, por feminino, por relações de gênero e por trocas relacionais e afetivas. É um período de intenso movimento dialético de construção de novos papéis por meio da socialização com seus pares, onde são confrontados valores, crenças e emoções (ABRAMOVAY et al, 2004).

Para os informantes deste estudo, a primeira relação sexual ocorreu em média aos 15 anos para as mulheres e aos 16 anos para os homens, o que corresponde à média nacional de Moçambique e afirma as tendências mundiais de que os adolescentes e jovens estão iniciando cada vez mais cedo sua vida sexual (INE/INJAD, 2001). Para a grande maioria dos informantes, a primeira relação sexual foi vivenciada com pessoas da mesma faixa etária, de forma consentida por ambas as partes e sem planejamento prévio. Sentiam-se despreparados para esta experiência pela pouca informação sobre como proceder durante o ato sexual, como expresso no relato de um dos informantes:

“Não tinha informação, não sabia quase nada, não sabia como fazer. Nunca me haviam ensinado sobre esse tema (♂)”

O discurso do silêncio e o discurso do não

As informações sobre sexualidade recebidas pelos informantes até o início da vida sexual foram obtidas por conversas nos seus grupos de amizade, traduzidas por sentimentos e percepções de experiências particularmente vividas por alguns colegas. Estudos como o de Moreira (2002), já revelaram que, comumente, as primeiras informações sobre sexualidade obtidas por adolescentes e jovens são originárias de conversas com seus pares, já que este assunto tem lugar privilegiado, seja porque conversar com amigos é mais agradável ou possível, seja porque o diálogo com pais e educadores é dificultado pelas fronteiras das gerações.

“Minha amiga falava que sexo era bom. Eu sempre perguntava como era, o que sentia, se doía, se dava vergonha. Ela sorria e só dizia que era bom, mas eu não sabia porque era bom. Não era explicativo. Eu tinha medo, mas um dia meu namorado insistiu. Foi assim, na hora.. Ele também era inexperiente”. (♀)

A família e a escola são destacadas por vários pesquisadores como importantes fontes de informação dos adolescentes e jovens para o início da vida sexual, por se constituírem os principais espaços de socialização nesta fase de desenvolvimento (PARSONS, 1968; MILEIB, 1995). A família é o lugar, por excelência, onde se constroem as identidades. Como meio de pertença, a família é comumente um lugar de afetos e de aprendizagem em diversos campos da vida. É na família que, pela primeira vez, as emoções ganham corpo e que as várias gerações exprimem os valores e as práticas reguladoras das relações entre os diferentes membros e entre estes e o meio social (OSÓRIO & ARTHUR, 2002).

De acordo com o relato dos informantes de ambos os sexos, sexualidade e sexo não são assuntos abordados em casa. Este silêncio é entendido como um fator desencorajador para que tragam suas dúvidas e curiosidades até seus pais. Quando esboçam alguma tentativa de estabelecer um diálogo sobre temas associados à sexualidade são, na maioria das vezes, desestimulados a prosseguir, pois são

interrompidos por mensagens como “pára de pensar nestes assuntos, o que debes fazer é evitar a companhia dos rapazes”, conforme exemplificou uma das informantes em uma sessão do grupo de convivência.

Para a família moçambicana, os assuntos relacionados à sexualidade sempre foram tabu, especialmente dentro de casa. As atitudes e as práticas para o exercício da sexualidade são transmitidas por pessoas mais velhas da comunidade num ritual de iniciação, conforme já descrito na parte introdutória deste trabalho. Esta educação sexual tradicional aborda os aspectos biológicos da sexualidade, enfatiza os direitos e obrigações da mulher em agradar o homem após o casamento e o direito absoluto do homem ao corpo da mulher. A virilidade é o centro do ensinamento destinado aos rapazes, sendo simbolizada por atos de esforços físicos e de coragem, a que são submetidos no próprio decorrer do ritual (DE GRAÇA, 2002).

Com as mudanças estruturais que a sociedade moçambicana vem passando, tais ritos têm se tornado cada vez mais escassos, principalmente nas zonas urbanas, como observado entre os informantes, onde a taxa de participação nos ritos de iniciação foi quase nula. Ao mesmo tempo em que a participação nos ritos é menor, o acesso dos adolescentes e jovens à mídia globalizada é cada vez mais ampliado (OSORIO & ARTHUR, 2002). Para os pais e adolescentes esta transição tem resultado numa freqüente confusão de valores entre os costumes tradicionais e aqueles mais cosmopolitas. A demanda por informação sobre sexualidade dos adolescentes aumenta e se diversifica, enquanto que os pais continuam a ter as mesmas expectativas em relação a seus filhos, que seus pais tinham a respeito deles (CASIMIRO, 2000). Por não encontrarem formas ou por não terem informações para atender estas novas demandas, acabam por não assumir para si a responsabilidade da educação sexual de seus filhos, ficando a lacuna deixada pelos ritos de iniciação, que sempre foi uma tarefa do outro.

“Nunca debati este tema em casa. Minha mãe sempre zangou quando eu falava alguma coisa que dava na novela. Ela dizia que eu estava a faltar o respeito, que não era assunto para dentro de casa (♀).

“Sexualidade não é tema debatido onde eu vivo. Ninguém fala. Nunca falei nem com os meus irmãos. Só falo na rua com a malta” (♂)

Diversos estudos revelam que os melhores níveis de informação sobre os assuntos relacionados com a sexualidade são encontrados entre os estudantes (BORGES et al, 2006; ZAMPIERI, 1996). Em Moçambique a maior parcela de adolescentes e jovens encontra-se fora do sistema educacional e aqueles que estão freqüentando a escola deparam-se com uma educação pautada em relações verticalizadas entre professores e alunos e metodologia de ensino baseada na memorização (MACIA & LANGA, 2004), onde a sexualidade é abordada de forma transversal somente em relação ao desenvolvimento do corpo humano na disciplina de ciências (LOFORTE, 2006).

Decorrente das demandas resultantes da epidemia do HIV/SIDA no país, o currículo do ensino básico, período em que se encontra a grande parcela de adolescentes estudantes até os 15 anos de idade, foi revisto recentemente, com a inclusão de temas relativos à sexualidade de forma transversal, dando alguns passos, ainda que tímidos, que anunciam que aquele corpo biológico é também um corpo erótico. Porém, pesquisa realizada pela UNICEF (2005), que investigou a qualidade das informações oferecidas aos alunos do ensino básico, revelou que os professores e professoras não se sentem preparados para abordar assuntos relacionados com a sexualidade, seja por despreparo técnico e pedagógico, seja por sentirem-se envergonhados em abordar o assunto junto aos alunos. A referida pesquisa apontou ainda, que o corpo docente apresenta *déficits* de informação sobre as formas de transmissão do HIV/SIDA e que os conteúdos que passam aos alunos reproduzem, muitas vezes, seus próprios valores sobre a sexualidade, reforçando, principalmente, a desigualdade de direitos entre homens e mulheres.

“Nunca tinha conversado com ninguém, só havia visto mais ou menos na televisão. Na escola não tinha essa matéria. Falavam da prevenção do HIV e do perigo de fazer sexo. Nunca falaram de como era fazer ou de como me prevenir. Acho que fiz direito, ela disse que gostou” (♂).

Os programas de prevenção dirigidos a esta faixa etária no país, seja na escola, seja nos locais de grande concentração de jovens na comunidade, partem do princípio de que estes adolescentes ainda não iniciaram a vida sexual. Por esta característica passam a pertencer a uma categoria especial introduzida pelo World Bank (1999), conhecida em diversos países africanos como “janela da esperança”, por ainda se depositar alguma esperança de não serem infectados pelo HIV. A estratégia de comunicação utilizada para a prevenção da infecção pelo HIV está baseada no desenvolvimento de atividades que promovam “habilidades para a vida”, principalmente, para que os adolescentes e jovens consigam prolongar o início da vida sexual, mantendo-se abstinentes até que estejam preparados.

A confluência destes aspectos culturais, sociais e programáticos, expressos pelo “discurso do silêncio” e pelo “discurso do não” presentes na família, na escola e nos meios de comunicação, acabou por cercear o direito de acesso desses adolescentes à informação mais abrangente e de qualidade. As mensagens de prevenção que os informantes receberam antes do início da vida sexual anunciavam a presença de um perigoso vírus transmitido por meio de relações sexuais e a abstinência e a postergação ou adiamento do início da vida sexual como única forma de se proteger. Esqueceu-se, no entanto, de conscientizar e instrumentalizar esses adolescentes para o uso do preservativo caso a relação sexual viesse a ocorrer, colocando-os em risco para a gravidez não planejada e para a infecção pelo HIV desde a primeira relação sexual.

“Ouvia falar do SIDA e de que não devia fazer sexo, mas não sabia como me comportar se sacasse a cena. Eram duas coisas separadas que não conseguia ligar na minha mente. Não sabia como me proteger. Quando tive a primeira relação tive medo de ficar grávida”. (♀)

“Os beijos foram ficando cada vez mais quentes e nem falamos no assunto de preservativo. Eu sabia do SIDA e da gravidez, mas nem pensei em usar. Nunca havia tido um preservativo na mão. Não sei se ele sabia ou pensou no preservativo, ele não disse nada.”. (♀)

A difícil arte de resistir

Para os informantes não foi possível atender aos insistentes apelos da família, da escola e dos meios de comunicação, para o adiamento da vida sexual até que se sentissem preparados. Os jovens estão expostos a outros estímulos, como o contato com outros jovens e a mídia, que confrontam os ensinamentos tradicionais da família e da escola, estes ainda arraigados na repressão e contensão de impulsos e desejos eróticos, aqueles outros, às vezes mais atraentes e de apelo mais emocional. Foram estes últimos aspectos que se apresentaram como determinantes para que a primeira relação ocorresse, mesmo quando ainda se sentiam despreparados.

“Esperava que fosse mais tarde. Não sabia bem como era, mas ele era precipitado, não sabia esperar, acabou acontecendo”. (♀)

O discernimento, que normalmente se adquire com a experiência, faz com que muitos adolescentes e jovens não consigam avaliar as conseqüências adversas de seus comportamentos e de sua susceptibilidade aos riscos, principalmente na primeira relação sexual. Nesta fase, os riscos podem ser de difícil entendimento, principalmente quando há certos custos sociais associados à decisão do jovem de se prevenir. Em relação ao risco da gravidez não planejada e da infecção pelo HIV não é diferente, pois podem estar em jogo a aceitação por parte dos colegas, a perda de um relacionamento amoroso e o controle do desejo, custos estes que o jovem nem sempre está disposto a pagar. (WEISS et al, 1996).

Para as informantes a primeira relação sexual ocorreu, significativamente, pela pressão do parceiro em estreita relação ao desejo de satisfazê-lo.

“Eu sempre negava, não me sentia preparada, não sabia direito como fazer, se devia fazer. Um dia ele pegou uma bíblia, colocou a mão em cima e disse que estava a jurar que se eu não fizesse nunca mais faríamos, porque ele não haveria nunca mais de querer. Eu fiz, tinha 15 anos”. (♀)

“Era ignorante no tema. Ele me disse que queria naquele dia, que não podia mais esperar, que fazer sexo era muito importante no namoro.”

Fiquei em dúvida, mas ele disse ‘fica quieta, deixa que eu faço’. Obedeci e deixei ele fazer, eu gostava dele”. (♀)

Os relatos das informantes apresentados acima sugerem atitudes de submissão frente à forte pressão dos seus namorados. Estas atitudes, muito provavelmente, estão associadas à forte hierarquia de gênero vigente no país, que gera restrição da capacidade de autonomia na mulher em decidir sobre as questões da sua sexualidade e da grande valorização do sexo pelos homens. Na cultura moçambicana, o poder masculino determina quem tem prioridade na decisão sobre ter ou não ter a relação sexual. O desequilíbrio de poder nas relações entre o feminino e o masculino é construído por uma interação complexa de forças sociais, culturais e econômicas, colocando a mulher em situação desprivilegiada frente ao risco para a infecção pelo HIV (LOFORTE, 2003), observada pelos dados epidemiológicos que indicam a majoritária participação feminina nas estatísticas da epidemia da SIDA em Moçambique (INE/IDS, 2004).

No entanto, para elas, ceder aos desejos do parceiro parece ter perpassado um plano de relação que entrelaça o sexual e o afetivo, na perspectiva de uma relação estável, que envolve uma gama de sentimentos e sensações: sentir-se amada; medo da perda do companheiro; desejo de agradá-lo; prazer de fazer para o outro.

“Estava com medo, não me sentia preparada, mas a curiosidade dele era tanta, ele queria tanto, que naquele dia acho que perdi o medo. Queria satisfazê-lo. Sabe que eu nunca tinha pensado naquele dia assim como estou a pensar agora. Foi assim, tinha medo, não sabia como fazer, mas preferi agradá-lo”. (♀)

“Não tinha importância fazer essa cena, só que ele me amasse e ficasse comigo. Ele queria muito, não podia deixá-lo frustrar”. (♀)

Loforte (2003:71), quando aborda os espaços educativos presentes nas famílias moçambicanas até hoje, ressalta que o enfoque dado ao sexo masculino é, sobretudo, seu papel e estatuto da família, traduzido pela responsabilidade na organização do casal, pelo respeito aos mais velhos e pela busca por si próprio. Especialmente para as meninas, o foco desta educação é dirigido ao “seu papel de

ser para os outros”. Para Heilborn (1999:54) “o estabelecimento de relacionamentos afetivos, permanece, em certo sentido, como um valor, uma vez que o sexo é compreendido como uma dádiva, cedida na expectativa de uma aliança, que é a sua contrapartida”.

Na percepção dos informantes do sexo masculino, o fato do início da vida sexual ter ocorrido quando ainda se sentiam despreparados, deu-se, em grande parte, pela forte pressão dos amigos que cobravam “esta atitude”. A iniciação sexual masculina em Moçambique é um indicador de transição, o grande momento da mudança de *status* social. A primeira relação sexual é entendida como a prova inequívoca da afirmação da sua masculinidade, ao mesmo tempo em que são reveladas as regras e os tabus que governam o campo da sexualidade (MACIA & LANGA, 2004).

Para Abramovay (2004) na iniciação sexual, a forma social de perceber sentidos atribuídos à virgindade é diferenciada por gênero e condicionada pela construção da masculinidade, que se ampara por rituais de socialização, como a pressão exercida pelos pares. Estudo realizado com adolescentes do sexo masculino no Quênia e Tanzânia (MSAMANGA, 2006), constatou que a opinião dos amigos é muito importante quando o assunto é sexualidade. A percepção do que os colegas pensam tem muita influência sobre o comportamento sexual dos adolescentes e jovens, onde a regras e cobranças dos grupos de amizade têm alto poder de determinar comportamentos sexuais, como o início da vida sexual e a adoção de práticas preventivas.

“Não sabia direito das coisas do sexo, de gravidez, tinha pouca informação. Mas tinha de fazer, tinha de ter o que contar para os meus amigos”. (♂)

“Quando terminamos a relação sexual, fui para a escola e contei para os meus amigos, eles sempre me perguntavam se eu já tinha feito, ficava com vergonha de negar. Mas não falei com quem havia feito a cena”. (♂)

“A malta lá da minha zona estava sempre a perguntar se eu já era homem” (♂)

O que se observa nos relatos dos informantes do sexo masculino é que para serem aceitos nos grupos de amizade são pressionados para o início da vida sexual, mesmo que não se sintam preparados, acabando por deslocar esta pressão para as suas parceiras. O que estes dados sugerem é que temos também rapazes pressionados a assumir uma determinada masculinidade que os coloca em vulnerabilidade, porque em alguma medida eles também têm pouca margem de manobra e um poder limitado na negociação da masculinidade e do início da vida sexual. É a masculinidade e a feminilidade que se complementam nas suas vulnerabilidades específicas, ressaltando a necessidade de compreender gênero como uma relação de complementaridade que não permite que tomemos o masculino e feminino como independentes. Não temos apenas mulheres “desempoderadas”, mas também rapazes “desempoderados”, ainda que de formas e intensidades diferentes.

O possível impacto desta pressão na vida desses rapazes, parece não ter sido objeto de interesse nos estudos da área de gênero em Moçambique, pois não encontramos nenhum estudo que contemple este fenómeno. Esta importante lacuna, muito provavelmente, está associada aos discursos de gênero no país, que quase ignoram deliberadamente a masculinidade como foco de atenção, incentivando apenas a idéia essencialista do homem como patrão ou opressor. A importância do enfoque relacional entre o masculino e o feminino é ressaltada por Scott (1995:75):

O termo gênero, além de um substitutivo para o termo mulher, é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre homens, que um implica o estudo do outro. Esta utilização enfatiza que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado nesse e por esse mundo masculino. Este uso rejeita a validade interpretativa da idéia de esferas separadas e sustenta que estudar as mulheres de maneira isolada perpetua o mito de

que uma esfera, a experiência de um sexo, tenha muito pouco ou nada a ver com o outro sexo.

Margareth Arilha (2005:15) em seu estudo sobre o masculino nas conferências e documentos dos Programas das Nações Unidas para a África, já argumentava que “[...] a reflexão sobre os homens no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e na sua participação no processo de desenvolvimento, têm sido marcados por um caráter puramente instrumental, isto é, recorre-se aos homens apenas para melhorar as condições de saúde e o exercício de direitos das mulheres”.

Maciel Junior (2006), que discute a construção da masculinidade ao longo do ciclo vital, nos lembra que a hierarquia e poder ainda que um construto social é uma prerrogativa masculina, visto que embora de diferentes formas aparece na maioria das culturas, etnias e classes. As diferenças de sexo têm originado desigualdades de gênero com prejuízo do feminino sendo que em algumas culturas isso é mais visível, visto que certos costumes e rituais acabam por expor a mulher a maior risco por estar subordinada social, relacional e sexualmente. O autor refere ainda, que as mulheres têm ocupado cada vez mais espaços e vêm abrindo possibilidades para transformar sua condição de vida. Embora a mulher moçambicana ocupe hoje um lugar subordinado na hierarquia de gênero, já que essa é a forma que a sociedade está organizada, a negociação de uma sexualidade mais protetora que a coloque em posição de menor vulnerabilidade se configura um instrumento de aprendizado de resiliência tanto para as meninas como para os rapazes.

Esqueceram de me apresentar

A grande maioria dos informantes não apenas referiu não ter feito uso do preservativo na primeira relação sexual, como nem mesmo discutido a necessidade do uso. Entre as mulheres, este comportamento foi justificado, significativamente, pela falta de familiaridade com o preservativo e pela relação ter ocorrido de forma inesperada – “fomos avançando”, sem planejamento prévio.

Para os homens, além de reafirmarem a pouca familiaridade com o preservativo, apresentaram como fator agravante a ansiedade da primeira relação e a preocupação com a sua *performance* sexual.

“Esse tema de preservativo não foi conversado. Não pensei em nada, só fomos fazendo, só pensava que devia fazer direito, em ser nice [agradável]” (♂).

“Ouvia amigos a falar que tinham vivido a cena, mas não este detalhe de preservativo. Quando vi que ela não me recusava comecei a ficar nervoso porque era a primeira vez” (♂).

“Naquela hora não pensei em nada. Foi tão inesperado. Ele era muito sedutor. Me pegava e me virava de um lado para o outro, me lambia o peito, as costas e o pescoço. Fiquei mole e fomos até o final”. (♀)

Os relatos dos informantes revelam os efeitos negativos dos enfoques preventivos baseados na abstinência e na postergação do sexo para os(as) adolescentes que estão atingindo a idade média para o início da vida sexual no país. Os programas desta natureza parecem desconsiderar a força do impulso e do desejo sexual dos adolescentes, na medida em que não educam para a prática do sexo seguro. Na primeira relação sexual, geralmente um momento repleto de ansiedade e preocupação com o desempenho sexual, o preservativo não é nem mesmo lembrado, provavelmente por ser um objeto distante, desconhecido, com o qual se tem pouca familiaridade.

Os prejuízos causados pela prevenção baseada na abstinência já foram mundialmente apontados, como na XVI International AIDS Conference, realizada em 2006 na cidade de Toronto, onde se denunciou, veementemente, o peso desta abordagem para o aumento progressivo da prevalência da infecção pelo HIV, principalmente entre os adolescentes. Como em Moçambique, grande parte dos programas de prevenção dirigidos para grupo etário até os quinze anos de idade são financiados pelo governo americano, a mensagem da abstinência é amplamente divulgada no país. Pregar abstinência e fidelidade aos adolescentes e jovens em Moçambique não parece uma abordagem que contraria apenas às

melhores práticas de saúde pública, mas o bom senso e os princípios dos direitos humanos.

3.1.2. Entre a primeira relação sexual e o conhecimento da soropositividade

O acesso à informação sobre as formas de prevenção da infecção pelo HIV foi ampliado na medida em que os informantes foram adquirindo mais idade. Ao atingirem níveis mais elevados de escolaridade tiveram também acesso à informação baseada no uso do preservativo. Essas informações foram obtidas na escola por meio de educadores de pares e de intervenções de organizações não governamentais, seja para a prevenção de doenças, seja para a gravidez não planejada. De acordo com seus relatos, estas informações foram obtidas também nos espaços comunitários por meio de palestras e por materiais educativos.

A estratégia de comunicação pra HIV/SIDA de Moçambique (CNCS/EC, 2006) incentiva que as intervenções e materiais educativos que divulgam o preservativo como método eficaz para a prevenção da infecção pelo HIV e da gravidez não planejada, assim como a oferta do insumo, devem ser dirigidas somente aos jovens com idade acima dos 15 anos e que relatam ter vida sexual ativa.

“Na escola passaram a falar de preservativo e eu comecei a me interessar pelo tema” (♂).

“Sempre havia palestra lá na minha zona e como eu era mais velho me deixavam entrar. Ensinavam como usava o preservativo, era Nice [agradável], divertido” (♂).

“Recebia brochuras e papelinhos na minha escola que falavam do preservativo. Eu sempre lia e discutia com as minhas amigas” (♀)

Apesar do alto nível de informação sobre as formas de proteção da infecção pelo HIV, o uso eventual do preservativo, marcado nos relatos dos informantes pela recorrência da expressão “usava às vezes”, permeou suas relações sexuais. Para as

mulheres esta eventualidade é expressa pela dificuldade de negociação com o parceiro e conseqüente submissão à vontade dele.

Eu pedia, ele nem respondia

No caso das informantes, as dificuldades de negociação do preservativo com o parceiro e a preocupação de que a insistência pudesse prejudicar o relacionamento, se apresentaram como importantes fatores que dificultaram a prática do sexo seguro em relação à gravidez e a infecção por doenças de transmissão sexual.

A identidade sexual é delineada nas aprendizagens sociais, nas cobranças dos papéis de gênero, nos códigos sancionais e culturais de uma determinada sociedade. As cobranças relativas às ações sexuais na adolescência exigem uma postura dos jovens, muitas vezes, incitando-os, inconscientemente, à prática, tornando-os susceptíveis à exposição ao vírus.

De acordo com Parker & Camargo (2000), as práticas relativas à sexualidade são apreendidas com os outros componentes dos grupos sociais de pertença, os quais modulam também sua própria expressão. Para Camargo & Bertoldo (2006), não só as questões relacionais são levadas em conta no momento da tomada de decisão em matéria de sexualidade, mas os valores culturais e os modelos de conduta socialmente construídos.

Muitos jovens mostram-se apreensivos ou embaraçados com relação ao sexo, em parte porque as próprias sociedades onde vivem têm as mesmas atitudes em relação ao assunto. Mesmo os jovens que têm conhecimento de como se proteger contra a infecção, às vezes não dispõem de habilidades sociais para fazê-lo. As diferenças de poder nas relações entre o feminino e o masculino e as diferentes formas de construção da identidade presentes nas esferas sociais e econômicas acabam por colocar a mulher em alta vulnerabilidade para a infecção pelo HIV. A dificuldade das mulheres em negociar métodos de proteção nas relações sexuais é

um dos aspectos que tem contribuído, sobremaneira, para os altos índices de infecção do HIV entre elas em diversas partes do mundo (SANTOS et al, 2002).

“Eles sempre recusavam. Tinha a palestra com eles, falava que tinha medo de engravidar. Eles não cediam, nem respondiam. Acabava por me calar” (♀)

“Meus namorados nunca aceitaram, às vezes eu mentia, falava que meu período estava atrasado e aí eles aceitavam por um tempo, depois paravam de usar outra vez e nem me diziam por que”. (♀)

“Namorei muito tempo com um gajo [rapaz] que tinha dificuldade de esportar com preservativo, porque ele aceitava usar, mas no meio da cena ele tirava e não falava nada. Naquela situação eu não tinha como queixar. Com o outro que tive, ele não gostava, tentei enfrentar, mas ele não considerava. Não enfrentei mais que usasse, porque não queria começar esta discussão tudo de novo”. (♀)

Para Guimarães (1992), que estudou a vulnerabilidade entre mulheres soropositivas no Brasil, a mulher muitas vezes se posiciona de forma passiva nas relações com o sexo masculino. A decisão de usar ou não o preservativo fica sujeita ao exercício do poder, intrínseco às relações de gênero. No momento de negociar o preservativo, sentem-se pressionadas a corresponder às expectativas dos parceiros, influenciadas pelos valores sociais vigentes.

Estudo realizados por AKANDEA (2003) com adolescentes do Zimbábue, África do Sul e Nigéria, revelou que o casamento e a maternidade são altamente valorizados no países africanos e o prestígio da mulher na sociedade depende de sua capacidade para encontrar um marido e ter filhos, se submetendo a comportamentos sexuais de risco por medo que os namorados as abandonem, inclusive aceitando as relações sexuais desprotegidas.

Em Moçambique, o acesso desigual aos recursos como a escola, a dependência econômica e as desigualdades de poder e de autoridade na família e na comunidade reforçam a subordinação da mulher, reduzindo, sobremaneira, a sua

possibilidade de tomar decisões autônomas nos assuntos referentes à sua saúde e proteção. Os estudos CAP realizados regularmente entre adolescentes e jovens em diversas províncias do país, são reveladores das dificuldades que as mulheres jovens têm em adotar medidas de prevenção, mesmo quando conscientes que estão sujeitas a riscos em determinadas situações (PGB, 2004, 2005). Pesquisa realizada por Casimiro et al (2002) na cidade de Maputo, denunciou que a insistência no uso do preservativo por parte de uma menina jovem, desencadeia atitudes por parte de seu parceiro de ameaça de abandono ou de concluir que ela lhe é infiel, mesmo que a relação constitua fator de risco pelo seu próprio comportamento.

A desonra do preservativo

Mas há também o outro lado da moeda. Para algumas das informantes, o uso eventual do preservativo não estava relacionado à dificuldade de negociação, mas pelo entendimento de que o uso do preservativo pelo parceiro é um indicativo de que ele a considera promíscua, infiel ou mesmo não merecedora de ser mãe de um filho dele. Esta atitude pode, muitas vezes, restringir a capacidade do rapaz de se prevenir para agradar a parceira.

“Só tive relações com namorados. Eles usavam as vezes e quando usavam eu me sentia mal. Achava que eles pensavam que eu tinha alguma doença de sexo ou que eu não era mulher para ter um filho dele. Se ele era meu namorado, e querendo usar preservativo, era uma desonra. Me sentia rejeitada, estranha, me sentia mal”. (♀)

“Às vezes ele metia o preservativo, às vezes não. Eu ficava sem entender direito, mas não ia perguntar para ele. Valorizava esta atitude. Percebia que é porque ele me achava uma rapariga sem doença, que não tinha brincado muito. Às vezes eu achava que era porque ele queria ter um filho meu. Ficava entre a alegria desse amor e o medo de ficar grávida e meu pai me deitar fora de casa” (♀)

A recusa do preservativo pela mulher foi mencionada em diversos relatos dos informantes do sexo masculino nas sessões do grupo de convivência. De acordo

com eles, para muitas delas, o uso ou não uso do preservativo é um divisor de águas entre o sexo por sexo e entre o sexo por amor. O desejo de engravidar também foi uma das razões apresentadas pelos informantes para essa atitude feminina, associado ao casamento e à valorização social da mulher pelo número de filhos que tem e pela comprovação da benção da fertilidade, conforme já ressaltado por Loforte (2007).

Estudos como o de Macia & Langa (2004), que investigou a percepção em relação ao uso do preservativo entre homens e mulheres em Moçambique, apontou que a associação do uso do preservativo com promiscuidade e infidelidade ainda é bastante presente, sendo considerado, significativamente, que seu uso é necessário somente em relações esporádicas, extra-conjugais, não estáveis, ou com parceiros ou parceiras não dignos(as) de confiança ou não merecedores(as) de afeto e amor.

Carvalho (2002), constatou que as representações sociais do preservativo entre adolescentes e jovens no Brasil pode se apresentar como uma invasão do espaço de prazer, de liberdade e de afirmação, pois seu uso entra em contradição com o discurso da fidelidade amorosa, como um valor instituído culturalmente. A fidelidade marca os relacionamentos amorosos e conjugais. O preservativo é implicitamente recusado, mesmo existindo afirmações sobre a necessidade de uso. A questão da fidelidade, da conjugalidade e da relação amorosa e valorativa, entra em choque com a solicitação de uso do preservativo na medida em que se partilha a idéia de que eu e o outro somos um só, trazendo a sensação de completude pela cumplicidade na relação.

Tchuna Babe

Para os informantes do sexo masculino, o uso do preservativo obedeceu a um critério baseado em características da parceira, como idade, vestimenta e conduta social, conforme sugerem os relatos apresentados a seguir.

“Usava somente quando não confiava na menina. Não sei se era muita sorte que eu tinha, mas sempre encontrei meninas com pouca experiência. Eu sabia pela atitude, pelo comportamento delas, que tinham brincado pouco. Então achava que elas não podiam ter doença e não usava. Se a menina era diferente, falando muito, cheia de saber das cenas, tomando algumas iniciativas, ai eu usava”. (♂)

“Antes de chamar para a cena eu observava a menina. A roupa que usava, as palestras que tinha, o que ela me dizia. Se ela passeava muito, ia para as festas, eu usava”. (♂)

Para os informantes do sexo masculino, a presença do risco parece estar estreitamente associada aos marcadores de gênero feminino que constroem a identidade social da mulher no país, onde vestígios de modernidade, emancipação, autonomia ou empoderamento, são indicativos de promiscuidade e de alerta para a necessidade do uso do preservativo. Gogna & Ramos (1999) que investigaram estereótipos de gênero e prevenção da SIDA entre homens do Rio de Janeiro, encontraram que eles enfatizam a idéia da mulher de confiança, da dona de casa fiel, com a qual não é necessário o uso do preservativo, em oposição à outra mais experiente, emancipada, com a qual se deve ter cuidado.

A associação entre a forma da mulher se vestir e risco para infecção pelo HIV, foi objeto de grande discussão recentemente no país, derivada de uma campanha publicitária nacional de uma organização não governamental moçambicana, veiculada nos canais abertos de televisão. O filme mostrava uma adolescente vestida com calça jeans conhecida no país por *Tchuna babe*⁸, que trazia uma etiqueta no zíper com a palavra HIV, ao mesmo tempo em que uma voz anunciava o slogan “Com a *tchuna babe* você pode se tornar portador do HIV”. A campanha foi altamente criticada por especialistas em publicidade por, justamente, reforçar o equívoco associativo entre tipo de roupa e risco para o HIV.

⁸ Tchuna babe é o nome utilizado no país para as calças jeans femininas de cintura baixa compradas no Brasil e revendidas em Moçambique. Pela influência das novelas brasileiras, são calças consideradas da moda que as adolescentes e jovens almejam ter, apesar do preço superior em relação aos outros modelos vendidos no país. Pela exposição da barriga, o seu uso é associado a uma forma “moderna” de se vestir.

Estas dinâmicas associativas equivocadas parecem ser operadas no modelo hierárquico de prevenção ABC (abstinência, fidelidade e preservativo), no entendimento de que aquela que se mantém abstinente ou fiel ao seu parceiro está livre do risco para infecção pelo HIV. Os relatos das informantes denunciam a ineficácia deste enfoque, na medida em que ao longo da vida, mantiveram fiéis aos seus parceiros em relações estáveis e duradouras.

“Só fazia sexo quando estava a namorar e meus namoros eram longos”. (♀).

“Só tive relação com o namorado, que estou até hoje”. (♀)

“Sempre fui de namorar, ficar fixo. Quando estava sozinha não havia sexo. Pensava assim. Só gostava de fazer cena de sexo com quem estava a namorar. Só fazia depois de 3 a 4 meses. Ainda penso assim”. (♀)

Eu era de ter sempre uma parceira fixa e não ficava mudando muito. Gostava de estar só com ela, ficava feliz assim. Sou assim até hoje (♂).

Vamos rápido que pode chegar alguém

Outra justificativa para o uso esporádico do preservativo, presente de forma significativa nos relatos dos informantes do sexo masculino, está associada à disponibilidade do insumo na hora da relação e ao lugar onde ela acontece.

Muitas vezes deixei de usar porque não trazia no bolso. É difícil ter relação em lugar seguro aqui em Maputo. Não temos onde fazer. Na maioria das vezes fazemos nos muros, onde é mais escuro. E tem que ser rápido porque pode chegar uma mamá e como vai ser? Afastamos um pouco as roupa. Ficar a por o preservativo chama muito a atenção, alguém pode ver e conhecer a rapariga (♂).

“Se eu trazia a rapariga na minha casa eu usava porque tinha em casa. Quando era na esquina, nas escadas dos prédios, não usava”. (♂)

A dificuldade de manter medidas preventivas em relação à prevenção do HIV nos encontros sexuais ocorridos em espaços públicos e sujeitos a interrupção, já foi destacada em trabalhos no Brasil, como o de Deslandes et al (2002), quando

investigou as concepções de risco e de prevenção do HIV entre usuários de drogas injetáveis e o de Paiva et al (2003:11) em pesquisa nacional sobre uso de preservativo, no qual destaca que “[...] entre os adolescentes mais pobres soma-se à vulnerabilidade o fato de terem menos acesso à informações corretas e os lugares onde ocorre as relações sexuais, como cômodos compartilhados, ruas escuras, pátios, praias e diversos lugares públicos que comprometem o uso consistente do preservativo”.

Percepção de risco

Adolescentes e jovens, muitas vezes, apresentam comportamentos que os levam a se envolverem em relações sexuais de risco, por uma associação equivocada da percepção dos mesmos e pela incapacidade de pô-las em prática, apesar de apresentarem altas taxas de conhecimento sobre as possíveis conseqüências destes comportamentos em relação à infecção do HIV e à gravidez não desejada. Algumas das dificuldades encontradas na prevenção ao HIV, principalmente entre adolescentes heterossexuais, relacionam-se às crenças e aos hábitos culturais que prejudicam a avaliação de risco individual (MANJATE, 1997).

Mesmo que tenham conhecimento sobre os riscos para a infecção pelo HIV, muitos adolescentes e jovens acreditam não estarem sujeitos a eles. Essa percepção faz com que ignorem os riscos de infecção e não utilizem as medidas necessárias de proteção. Estudo realizado em Moçambique revelou que o índice de percepção de risco para a infecção pelo HIV encontrado na população de idades entre 15 e 49 anos aumentou de 27% em 1996 para 33% em 2001 (PSI/INPS, 2002)

Os estudos relacionados à percepção de risco têm sido considerados fundamentais na criação de indicadores em vários campos do conhecimento, em especial no campo da saúde pública, por contribuírem na definição de estratégias políticas e

institucionais, por avaliarem os riscos inerentes ao desempenho das atividades ou comportamentos no processo da vida humana, relacionando-os com o ambiente.

O conceito de risco é um dos mais complexos da epidemiologia, com implicações importantes para a educação em saúde. Já em relação à experiência cotidiana, a noção que cada pessoa tem acerca do risco a que está exposta tem, frequentemente, pouco a ver com o risco real (CHICUECUE, 1998). Para o autor, mesmo aqueles que detêm informações sobre as formas de infecção pelo HIV e da importância em adotar medidas preventivas, acabam por não manterem práticas sexuais seguras, por este risco ser entendido e utilizado de maneira diferenciada. .

Percepção de risco pode ser compreendida como um processo cognitivo que se processa pela auto-percepção, integrada a um determinado contexto coletivo. Abrange a perspectiva comportamental, associada com fatores pessoais relacionados à capacidade da formulação cognitiva, aos aspectos afetivos e biológicos e às possibilidades de leitura e de interação com o ambiente externo (NAVARRO & CARDOSO, 2005).

Deslandes et al, (2002), defendem, que a vivência do risco e a percepção de risco não se restringem ao universo individual. Ao contrário, o comportamento de risco é percebido e negociado na rede de relações sociais e é neste campo que as estratégias de prevenção devem atuar. O conhecimento dos modos de viver e da visão de mundo de grupos sociais ou de segmentos da população, como de adolescentes e jovens, é fundamental para a análise das formas de disseminação da epidemia de SIDA tanto quanto para subsidiar programas e políticas.

A representação contextualizada da SIDA remete-nos às crenças e aos valores constituídos e partilhados pelos indivíduos. Estudos sociológicos como o de Wight apud Vieira (2002), demonstraram que a informação não é por si só, suficiente para a mudança de comportamento, pois existe uma multiplicidade de fatores que influenciam o comportamento humano, sendo a percepção do risco um

elemento fundamental na atitude comportamental. A percepção de risco é subjetiva e por si só susceptível de negociação entre o eu e o outro.

Estudo realizado na África do Sul, afirmou que a negação ou a falta de percepção de risco são formas comuns dos adolescentes e jovens lidarem com a tensão da sexualidade. Ao considerar que não correm risco pessoal de contrair o HIV, ignoram as mensagens de prevenção da SIDA, contestam sua relevância ou concluem que não são os responsáveis pela sua proteção (PARKER, 2003).

Parte significativa dos informantes de ambos os sexos, revelou nas entrevistas individuais e nos debates e discussão ocorridas nas sessões do grupo de convivência que, apesar do uso esporádico do preservativo, não se sentiam em risco para infecção pelo HIV, principalmente pela confiança nos(as) parceiros(as).

“Apesar de várias vezes ter tido DTS e saber que ele tinha outras meninas, nunca achei que podia apanhar SIDA. Eu o achava inteligente, bem mais inteligente do que eu, então ele não ia se deixar apanhar”. (♀)

“Achava que não ia acontecer comigo. Confiava no meu namorado. Eu só tinha relação com os namorados. Desde aquele tempo já gostava de namoros longos” (♀)

“Tive dois namorados. Nunca percebi que eles poderiam estar com a doença, ou com o vírus. Sabia que se apanhava HIV/SIDA assim na hora do sexo, mas não me passava pela mente”. (♀)

Estes relatos remetem para uma situação correlata àquela observada no país vizinho Zimbábue, onde a prevalência nacional do HIV entre as mulheres é de 23%, mais da metade das jovens entrevistadas declarou que não se considerava em risco de contrair o HIV, por confiar em seus parceiros. Este estudo aponta ainda que a preocupação destas jovens era relativa ao fato de poderem vir a engravidar (UNICEF, 2004).

A confiança dos informantes em seus parceiro(as) sexuais está diretamente associada a características pessoais e ao pertencimento à grupos considerados de risco. De acordo com o estudo realizado por Singer (2004) com adolescentes pobres dos Estados Unidos da América, é frequente o discurso de associação da doença à promiscuidade sexual e à sexualidade extra-matrimonial, num esforço da noção de saúde como propriedade do indivíduo “normal”.

“Como eu andava com meninas de 14, 15 anos, achava que elas não tinham tido muitas relações e que estavam limpas de doença. Hoje dá vergonha de falar, é muita ignorância, mas era assim que eu percebia”. (♂)

“Não percebia o perigo. Achava que só os adultos que trabalhavam nas minas da África do Sul que apanhavam. Nunca achei que um dia pudesse ser infectada. Não foi falta de informação” (♀)

“Me preocupava com a gravidez, mas sobre o SIDA eu achava que acontecia só com as raparigas que tinham muitos namorados, que brincavam muito. Sempre acreditei que meus namorados tinham tido poucas antes de mim. Eles falavam que tinham namorado com poucas meninas. Eles me falavam isso (risos) e eu sempre acreditei”. (♀)

“O SIDA não era coisa da minha cena. Ouvia falar da SIDA desde miúdo, mas para as pessoas que trocavam muito de parceira ou de parceiro. Eu sempre achei que não era uma dessas pessoas”. (♂)

Apesar da epidemia do HIV em Moçambique, assim como em todo o Continente Africano, não ter atingido desde seu início indivíduos ou grupo de indivíduos com características específicas, que pudesse levar a categorização de grupos de risco – como aconteceu em outros países como Brasil e EUA- os portadores do HIV e os doentes de SIDA não escaparam da associação sorológica com comportamentos desviantes. Neste sentido, podemos citar Butin (2002; 122), que em seu estudo sobre representações sociais em pessoas da terceira idade no Brasil apontou o fato que “o portador do HIV é socialmente visto nas diversas partes do mundo como diferente, com características próprias [...] Ele ou Ela é o outro, é aquele que é promiscuo, que morre e vive fora das normas” (BUTIN, 2002).

Portanto, em países como Moçambique e Angola, onde a epidemia do SIDA se apresentou e se desenvolveu inicialmente em período de guerra e pós guerra, a associação de vulnerabilidade para HIV e promiscuidade sexual está relacionada às pessoas que retornavam ao país após terem ficado longo período longe de suas famílias, e portanto, passíveis de terem tido vida sexual mais intensa, com múltiplos parceiros(as) (HONWANA, 2002). Outra origem para esta associação foi encontrada pelo Instituto Nacional de Saúde Infantil e de Desenvolvimento Humano, que estudou as organizações religiosas e a prevenção do HIV/SIDA em Moçambique. Este estudo ressaltou, que pela relação sexual ser a principal via de transmissão do HIV desde o início da epidemia, a infecção passou a ser associada à busca do sexo fora do casamento, à multiplicidade de parceiros(as) e promiscuidade sexual, que numa sociedade onde o sexo é tabu e o casamento a base da moralidade, resultou na estigmatização e condenação dos seus portadores (INSIDH/UEM, 2003).

Na Tanzânia, país que faz fronteira com Moçambique, 26% dos estudantes entrevistados, de ambos os sexos, não fazia uso do preservativo em suas relações sexuais fixas e ocasionais, por acreditar que não se encontrava em risco para as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo HIV, por acreditarem que a infecção só se dava em pessoas com múltiplos parceiros (OBASI, 2002).

Minha preocupação era com a gravidez

Apesar da gravidade da epidemia no país, para parte significativa das informantes, a difícil tentativa em negociar o uso do preservativo tinha como principal preocupação a gravidez, que significava para elas risco eminente nas relações sexuais sem preservativo.

“Minha preocupação era só com a gravidez. Sabia que podia apanhar. Muitas raparigas ficavam grávidas na minha zona e seus pais zangavam muito com elas” (♀)

“Quando fazia sem preservativo ficava com medo de apanhar grávida. Sentia medo. Sabia que estava a arriscar. Ficava a pensar que não ia mais poder viver na casa” (♀)

Em Moçambique, apesar da cultura que incentiva e valoriza a maternidade, quando uma adolescente engravida está sujeita a uma série de pressões. Independente de sua vontade ou do pai da criança, em grande parte do país, ela é entregue à mãe do rapaz para a qual passa a dever total obediência e passa a ser responsável por realizar todas as tarefas domésticas. Se ela for estudante, só poderá continuar a frequentar a escola no curso noturno, obedecendo ao Decreto 39/GM/2003 do Ministério da Educação e Cultura de Moçambique, que proíbe a adolescente grávida de estudar no período diurno, com a alegação de que ela é má influência para as outras meninas, como expressou uma vez um técnico do setor de educação em um seminário sobre gênero, ao se referir a esta questão: “se deixarmos uma laranja podre num saco, vai apodrecer todas as outras laranjas”.

Como o acesso à escola, na maioria das vezes, demanda se deslocar para longe de casa, e atravessar áreas escuras e pouco habitadas, o que se observa é que acabam por abandonar os estudos, contrariando uma das principais estratégias de redução da pobreza no país, que é o de aumentar o acesso e a permanência das mulheres na escola.

Do ponto de vista da prevenção, sendo a gravidez a principal preocupação nas relações sexuais desprotegidas, o uso de um contraceptivo como a pílula (método mais utilizado no país entre as mulheres entre 15 e 49 anos) poderia colocar fim a preocupação, persistindo o risco para a infecção para as doenças de transmissão sexual.

O que não foi encontrado

Conforme apontado na introdução deste trabalho, na parte referente à epidemia da SIDA em Moçambique, as práticas da medicina tradicional são apresentadas como importantes fontes de infecção pelo HIV, por envolverem, muitas vezes contatos sanguíneos por meio de lâminas e outros objetos cortantes utilizados sem a assepsia necessária. Foi observado nas sessões de grupo e nas entrevistas individuais pouca proximidade dos informantes com a medicina tradicional. A grande maioria relata ter procurado, exclusivamente, unidades sanitárias quando acometidos por algum problema de saúde nos últimos dez anos.

“Me cortaram uma vez com uma lâmina. Foi a única vez em toda a minha vida. Uma velha me cortou na barriga e nas costas. Fomos eu e a minha família para ter mais sorte. Fomos cortados duas vezes. Depois aplicou medicamentos. Quando fomos embora tivemos um acidente no chapa [transporte público feito por micro ônibus], nada grave, mas meu pai fez todos nós voltarmos a procurar a velha para tirar o remédio, ele disse que o remédio tinha dado azar, aí invés de sorte. Para tirar o remédio ela nos cortou de novo, todos em seguida, com a mesma lâmina” (♀).

“Nunca usei o curandeiro. Lá em casa, eu e os meus irmãos sempre fomos ao Hospital quando apanhávamos doença. Minha mãe diz que quando ela era jovem ela fazia as coisas que ele mandava”. (♂)

O interesse de pesquisadores moçambicanos e a produção de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, prevalência de DST e particularmente do HIV e SIDA em Moçambique, conforme documentação, registros e publicações, ganhou visibilidade no final da década de 80. A maioria das pesquisas e intervenções comportamentais foram construídas em torno de um modelo que procurava, segundo Osório & Arthur (2002:3), “...através do conhecimento, atitudes e práticas de grupos alvos específicos, articular as representações e práticas tradicionais da sexualidade e da reprodução com a maior ou menor vulnerabilidade”. O citado estudo afirma que as representações e as práticas

culturais tradicionais foram alteradas e reapropriadas, dando lugar a uma diversidade de percepções, representações, valores e comportamentos influenciados por padrões exógenos, como as mensagens veiculadas pelos meios de comunicação globalizados (redes de radiodifusão, telecomunicações, internet, televisão). Em Maputo, como em todas as capitais, o acesso aos meios de comunicação é mais fácil que no meio rural e interior do país. Dispõe de meios de acesso aos serviços públicos; as demandas populares têm acesso restrito aos meios de comunicação e aos serviços públicos de educação, saúde, e assistência social.

O estupro e o sexo transacional intergeracional⁹ para obtenção de dinheiro ou vantagens são referenciados em diversos documentos oficiais do país como importantes fatores de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens (CNCS/PEN II, 2004). Porém, de acordo com os relatos dos informantes, a vivência destas situações apresentou baixíssima significância.

3.2. Fase Diagnóstica

O avanço das pesquisas epidemiológicas, comportamentais, laboratoriais e da tecnologia biomédica, tem possibilitado a diminuição das taxas de morbidade, mortalidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/SIDA. Tal fato, tem provocado uma mudança dos paradigmas da vigilância do HIV/SIDA, exigindo a utilização de diferentes fontes de informações, como estudos qualitativos e comportamentais, para melhor responder as necessidades de controle da epidemia, por meio da compreensão das suas tendências temporais, dos comportamentos que favorecem seu avanço e do delineamento das

⁹ Sexo transacional intergeracional é o nome utilizado no país para as relações entre mulheres jovens e homens mais velhos, para obtenção de ganhos materiais ou privilégios, como roupas da moda ou pagamento das taxas escolares, muitas vezes com o consentimento da família, colocando-as em grande vulnerabilidade. A forma como essa relação se estrutura acaba por deixar a mulher com baixo poder de negociar comportamentos seguros para a infecção pelo HIV.

populações mais vulneráveis, requisitos essenciais para o planejamento e avaliação da política nacional.

Neste contexto, o oferecimento do teste anti-HIV gratuito, de fácil acesso e tecnicamente adequado, se apresenta como um importante componente, na medida em que permite o desencadeamento de ações efetivas de enfrentamento no campo da prevenção e assistência ao HIV/SIDA. Os investimentos tecnológicos neste campo têm permitido o desenvolvimento de diversos testes laboratoriais, que não requerem procedimentos e equipamentos sofisticados, podendo serem realizados de forma simples e rápida. Esses testes têm, praticamente, a mesma precisão dos testes realizados por outros métodos, com a vantagem de fornecer o resultado em poucos minutos, contribuindo para reduzir dificuldades, como a encontrada em alguns países do continente africano, onde mais de 50% dos indivíduos testados não retornam para buscar seus resultados (CNCS/PEN II, 2004). Um destes modelos, conhecido como teste rápido, é o modelo utilizado em Moçambique, que com uma gota de sangue retirada do dedo do usuário revela o resultado em alguns minutos.

As unidades de aconselhamento e testagem voluntária, que são modelos de atenção para a testagem anti-HIV, adotadas em diversos países do mundo, desempenham importante papel na estratégia de enfrentar a epidemia do HIV/SIDA, pois sendo uma das portas de entrada do sistema de prevenção e controle, é responsável pela detecção precoce da infecção pelo HIV nos indivíduos que se percebem mais vulneráveis. Além disso, é também referência necessária para o acompanhamento daqueles que são diagnosticados como soropositivos. Sendo um espaço onde o aconselhamento privilegia as premissas do acolhimento e das ações educativas, com compromisso ético-político, sua importância deve ser reconhecida pelos setores institucionais, bem como pela população, que o legitima, ao mesmo tempo em que impõe novos desafios que estimulam o repensar das ações para responder as suas demandas e contribuir no combate da epidemia.

Estes serviços recolocam no cenário das políticas públicas a importância da promoção da saúde, ancorada tanto no nível individual quanto no coletivo, trazendo para a cena diária dos serviços a escuta, a valorização da história de cada usuário, levando em conta o contexto sociocultural e econômico, percebendo as limitações pessoais e contextuais de cada usuário e de grupos específicos, considerados mais vulneráveis.

A partir da flexibilização do anonimato e a extensão do aconselhamento com conteúdos mais subjetivos, evidencia-se uma ampla variedade de possibilidades de intervenções que, por um lado, redimensiona sua atenção de forma a garantir a orientação para redução de riscos da transmissão vertical, a prevenção das DST, o estímulo ao diagnóstico das parcerias sexuais, a adesão a terapia antiretroviral; e por outro lado, extrapola seus limites físicos, apontando para o desenvolvimento de novas ações de prevenção com base nos direitos humanos, cidadania e inclusão social, junto aos sujeitos em situação de vulnerabilidade. Neste sentido, o trabalho das organizações não-governamentais, associações de base comunitária e associações de soropositivos, podem contribuir com o propósito de expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV e consequentemente disponibilizar ações de prevenção e apoio psicossocial para as pessoas infectadas.

Nesse momento de expansão, implementação e consolidação das políticas de saúde em Moçambique, os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV) e os serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntária oferecidos nos centros de saúde (ATV), assumem como diretrizes: expandir o acesso ao diagnóstico da infecção do HIV para toda a população; contribuir para a redução de riscos e de transmissão do HIV; estimular a adoção de práticas sexuais, culturais, religiosas e de biossegurança mais seguras; encaminhamento de pessoas soropositivas para serviços de referência, auxiliando no processo de início e adesão ao tratamento antiretroviral; estimular o diagnóstico das parcerias sexuais dos indivíduos testados; auxiliar os serviços de pré-natal para testagem sorológica

das gestantes; disponibilizar informações sobre a prevenção do HIV/SIDA para grupos específicos, considerados de maior risco.

São unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo demandas tanto espontâneas quanto direcionadas, por meio de encaminhamentos e referenciamento de instituições governamentais e não-governamentais. A confidencialidade e aconselhamento são marcas distintivas de sua concepção, entretanto, é essencial para a eficácia destes serviços, que o atendimento seja realizado por profissionais especializados, capazes de oferecer aconselhamento adequado pré e pós-teste, ajudando o usuário na interpretação dos resultados e nas implicações em relação a sua própria vida, além de informar as alternativas terapêuticas existentes.

O conhecimento de um resultado positivo para HIV, para a maioria das pessoas, representa momento dramático de revelação sobre a saúde e perspectivas de vida, tendo em vista as características e significados do HIV/SIDA em cada sociedade. Alguns estudos (GRILO, 2001; SOUZA, et al, 2004) analisaram e interpretaram as reações de pessoas diante o conhecimento de um resultado positivo de HIV e as estratégias adotadas para o enfrentamento dessa nova situação. Estes estudos buscaram classificar tais reações em categorias emocionais e comportamentais, a partir de análises de manifestações subjetivas e objetivas, observadas em serviços de saúde especializados. Em linhas gerais, tais reações não diferem qualitativamente das de pessoas com diagnóstico positivo para outras doenças degenerativas ou sem cura: são atestados de morte, e em alguns casos, com previsões clínicas temporais de sobrevivência. No caso da SIDA a situação de conhecimento do diagnóstico positivo reporta outros contrapontos e contradições. A soropositividade para HIV ainda é interpretada como punição humana e divina, e sempre associada a eventos e comportamentos abomináveis moral e socialmente.

Desta forma, submeter-se ao teste anti-HIV não costuma ser uma decisão fácil para muitas pessoas, pois exige coragem e determinação pelo impacto que,

geralmente, o diagnóstico positivo produz no indivíduo e nas suas relações familiares, afetivas e sociais. A busca pelo diagnóstico de uma “doença incurável” como a SIDA, de acordo com Santos (2002:12), frequentemente mobiliza uma série de sentimentos, que se expressam em dúvidas, preocupações, angústias e medos latentes ou manifestos. Para o autor, este movimento de busca pode ser considerado, muitas vezes, como o primeiro passo no enfrentamento da soropositividade:

O paciente que busca fazer o exame voluntariamente demonstra ser capaz de: reconhecer em si mesmo o risco de estar com uma doença fatal e estigmatizante; sofrer a ansiedade da realização e da espera do resultado do exame; admitir à sociedade que se submeteu ao exame; aceitar possíveis riscos e perdas sociais de acordo a natureza do resultado. Isso demonstra as dificuldades e implicações psíquicas dolorosas de se submeter ao exame anti-HIV.

Como já anunciado anteriormente, é este movimento de busca e de realização do teste vivenciado pelos informantes que será abordado nesta fase, partindo das situações e dos sentimentos expressos em seus relatos.

3.2.1. A ciranda do medo: será que é SIDA?

Apesar dos informantes relatarem conhecer as formas de infecção pelo HIV e de não fazerem uso do preservativo de forma consistente em suas relações sexuais, só sentiram necessidade de realizar o teste quando acometidos por sintomas e sinais, avaliados por eles como sugestivos da SIDA.

“Nunca havia pensado em fazer o teste, até que comecei a ter muitas doenças seguidas. Os médicos nunca falavam nada, só davam nome de remédio. Eu tomava e continuava doente. Comecei a pensar que podia ser SIDA, mas eles nunca haviam falado para fazer o teste. Fui fazer por mim. Foi assim que eu descobri” (♀).

“As borbulhas [feridas com pus] me deixaram a pensar pela primeira vez em fazer o teste. Fiquei a imaginar que podia ser SIDA. Fui fazer o teste porque toda a gente sempre está a falar que quem tem borbulhas tem SIDA. Foi assim comigo, tudo muito rápido, inesperado, quando percebi já estava sem saber o que fazer”. (♂)

“Estava sempre doente. Tinha febre. Metia-me na unidade sanitária e eles me diziam: ‘tome o remédio que você quiser, não sei mais o que dar para você melhorar’. Depois tive gânglios inchados e o médico me disse que era porque eu tinha dormido com o pescoço virado. Comecei a ficar preocupada e comecei a pensar que devia fazer o teste. Demorei dois meses e então fui. Deu positivo”. (♀)

Um olhar atento nos relatos acima sugere que o fato dos informantes não terem sentido necessidade em realizar o teste, antes da presença de sintomas e sinais, deu-se pela baixa percepção de exposição ao risco para a infecção pelo HIV, conforme já relatada por eles e discutida anteriormente neste capítulo. Analisando por este prisma, os sinais sugestivos de SIDA, em sua concretude, apresentaram-se para os informantes como um marco de transposição para uma nova e dura realidade, onde a representação da SIDA deixou de ser percebida como uma doença do outro e passou a ser vista como um problema que podia atingi-los, despertando-os, entre outras coisas, para a necessidade do teste.

Um levantamento bibliográfico nesta área revelou que esta relação, entre o grau de percepção de risco e a procura pelo teste diagnóstico, já foi descrita em trabalhos com adolescentes e jovens em diversas partes do mundo. Wight (1999), em seu estudo com adolescentes americanos que apresentavam comportamentos de risco para HIV, constatou que a falta de percepção de risco entre eles foi uma das principais razões para nunca terem procurado pelo teste. Floriano (2006), em pesquisa realizada com adultos jovens da África do Sul e Tanzânia, destacou que a baixa procura pelo teste estava associada à percepção de imunidade para a infecção pelo HIV. Em pesquisa realizada com mulheres soropositivas no Brasil, Santos (2002) apontou que estas só sentiram necessidade de realizar o teste quando descobriram a soropositividade do parceiro. Katapodi et al (2004)

ressaltou a importância das campanhas e das práticas de aconselhamento na aproximação da percepção de risco ao risco real, em sua investigação sobre o câncer entre mulheres adolescentes da Califórnia (EUA). Concluiu neste estudo, que o grau de percepção de risco é determinante para a adoção de comportamentos protetores, como a busca pelos testes diagnósticos.

No entanto, para os informantes, quando inquiridos sobre as possíveis razões da baixa procura pelo teste anti-HIV entre os adolescentes e jovens da cidade de Maputo, além da baixa percepção de risco, outro fator aparece como determinante: a restrição do acesso aos medicamentos antiretrovirais no país¹⁰.

“Eles não crêem que pode dar positivo e também por ser melhor não saber. Escolhem conhecer quando já estão perto de morrer. Saber antes é só ficar mais doente pela tristeza, porque não ter remédio é só ficar a sofrer”. (♂)

“Muitas amigas dizem que não precisam fazer o teste porque sabem que não apanharam o HIV/SIDA porque confiam nos seus namorados. Depois toda a gente fala que é melhor não saber, se está bem de saúde para que ir ter este lamento se não tem remédio para todos”. (♀)

Na avaliação deles, há um entendimento entre os adolescentes e jovens, que de nada adiantaria realizar o teste, já que com a restrição do acesso aos medicamentos no país, conhecer a soropositividade resultaria somente em antecipar preocupações, ansiedades, angústias e medos, que contribuiriam, ainda mais, para o enfraquecimento do sistema de defesa do organismo, acelerando o processo de adoecimento e morte.

As campanhas de incentivo ao teste no país divulgam o acesso ao tratamento como a principal vantagem de se conhecer a condição sorológica. Porém, de acordo com os informantes, para os adolescentes e jovens, a percepção de

¹⁰ Como já nos referimos no capítulo I deste trabalho, somente 17% dos pacientes que necessitam dos medicamentos antiretrovirais tem acesso a eles no país (CNCS/PEN II, 2004).

tratamento é focada exclusivamente no uso de medicamentos, cuja dificuldade de acesso é amplamente conhecida pela população por ser regularmente referida pelos meios de comunicação, o que acaba por deslegitimar o principal argumento das campanhas. Desta forma, a restrição de acesso aos medicamentos pode estar contribuindo para a baixa procura dos adolescentes e jovens pelo teste em todo o país, para as altas taxas de usuários que chegam aos serviços de tratamento em estágio avançado da doença (CNCS/PEN II, 2004) e até mesmo pela invisibilidade dos adolescentes e jovens nos serviços de atenção ao HIV/SIDA no país.

Retomando aos relatos iniciais dos informantes, quando revelam que sentiram necessidade de realizar o teste somente na presença de sintomas e sinais, observa-se que estas manifestações, que se configuraram para eles como um alerta, não motivaram os profissionais de saúde a solicitar o teste. Tal fato chama a atenção, principalmente, quando analisado no contexto atual da epidemia em Moçambique, onde a persistência de sintomas e sinais em uma determinada pessoa já é motivo para que membros da comunidade comecem a encará-la como um doente de SIDA, como demonstrado por uma das informantes durante uma sessão do grupo de convivência:

“Antes mesmo de eu saber que era seropositiva, só porque vivia doente, as pessoas já falavam que eu tinha SIDA. A mãe de uma amiga lá da minha zona já proibiu que ela continuasse a ter amizade comigo”. (♀)

Embora não tenham sido investigadas neste estudo as possíveis razões para a não solicitação do teste pelos profissionais de saúde frente a gama de indicativos, tal fato causa, no mínimo, estranheza. Um estudo deste fenômeno, principalmente sob o prisma das ações programáticas de atenção à saúde, apresenta-se de extrema relevância, na medida em que a não solicitação do teste aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens, com sérios rebatimentos no processo de tratamento, além de provocar sofrimento físico e emocional ocasionado pelo retardamento do diagnóstico.

Dada a magnitude da epidemia do HIV/SIDA em Moçambique e seu impacto no frágil sistema de saúde e na vida das pessoas e comunidades, como já apresentada na introdução deste trabalho, esta situação sugere atitudes de negligência na atenção prestada; possíveis sentimentos de negação por parte dos profissionais de saúde diante de suas próprias vulnerabilidades; ou mesmo dificuldade destes em responder ou lidar com as possíveis necessidades físicas e emocionais dos jovens, caso a soropositividade viesse, de fato, a se concretizar. Revelar um diagnóstico positivo pode remetê-los a sentimentos angustiantes que foram ou estão sendo vividos em relação a algum membro de sua família, amigos, parceiros(as), assim como na sua própria vida.

O contacto diário com a dor, sofrimento e morte, vivenciado pelos profissionais de saúde nos seus locais de trabalho e na sua comunidade, pode se refletir negativamente na relação entre profissional de saúde e usuário e, conseqüentemente, na qualidade da atenção prestada, como ressaltada por Borges (1991:5), e que pode estar na base da explicação da não solicitação do teste:

Nunca é demais lembrar-nos que o saber nem sempre é suficiente para se conseguir fazer – especialmente se tratando de seres humanos – há algo mais, e tem a ver com o profissional de saúde, pois este, durante a sua prática pessoal e cotidiana, é levado, mesmo que disto não se dê conta, a retomar contato com “o paciente” que nele existe, isto é, com as etapas deste desespero e dessa importância que é o “estar doente”. É isto que lhe permitirá redescobrir uma linguagem esquecida e mutilada nele pela deformação técnica: a linguagem da dor, do sofrimento indizível, do horror da morte, do ódio pela dependência do outro. São estas palavras que, na sua prática de trabalho em saúde, vão lhe servir ou tornar impossível que ele escute, fale e cuide do seu paciente.

A ciranda do medo: decidir é preciso

Os informantes consideraram difícil a decisão de realizar o teste pelo medo do diagnóstico positivo e pela possibilidade de serem reconhecidos por alguma pessoa de sua comunidade na unidade de saúde. Para eles, a realização do teste partiu de uma decisão solitária e não compartilhada.

Os locais escolhidos por eles para a realização do teste foram os centros de saúde da cidade de Maputo, que dispunham do serviço de Aconselhamento e Testagem Voluntária, e o SAAJ do Hospital Central de Maputo. O fato destes locais não serem específicos para a atenção ao HIV/SIDA foi determinante na escolha. Os GATV, unidades de saúde exclusivas para a testagem do HIV, com grande divulgação pelos meios de comunicação do país, não se constituíram como alternativa, justamente por essa especificidade.

“Tinha tomado a decisão na minha mente de fazer o teste. Tinha medo de dar positivo, da morte, mas tinha medo também de ir ao GATV, porque toda gente que entra lá, as pessoas pensam que têm SIDA. Tinha medo de ser vista e também das enfermeiras ficarem a dizer que eu tinha SIDA porque estive a brincar com todos os rapazes. Não encontrava a coragem”. (♀)

“Dar o teste positivo sempre assusta, pois muita gente está a morrer aqui na cidade. Também porque Maputo é pequeno e toda gente se conhece. Mesmo indo no GATV de outra zona alguém havia de me ver. Não sabia o que fazer, tinha medo, era covarde de fazer o teste. Se me vissem já iam me rejeitar, falar mal” (♂)

O medo do resultado positivo aparece em seus relatos associado ao sofrimento e a morte, sentimentos especialmente compreendidos no contexto da epidemia da SIDA em Moçambique, onde, praticamente, todas as pessoas já vivenciaram a morte de membros da sua família ou de pessoas próximas. Apesar da SIDA já ser considerada em alguns países do mundo como uma doença crônica e tratável, em países como Moçambique onde o acesso ao tratamento e aos medicamentos é restrito, a associação do HIV e da SIDA com doença incurável e morte é ainda muito presente, conforme já revelou pesquisa da Associação Kindlimuka (2001), com pessoas vivendo com HIV/SIDA em Moçambique.

Esta associação entre HIV e morte é reforçada em Moçambique por *slogans* de campanhas de instituições governamentais e não governamentais, como a lançada pela Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), a maior ONG nacional que se dedica ao combate da epidemia do HIV/SIDA no país. A referida Fundação, espalhou por todo o país *outdoors* com as seguintes mensagens: “onde está o camionista? Chocou-se com a SIDA; Onde está a mulher? Foi traída pela SIDA; Onde está o jovem? Ficou órfão pela SIDA. Nas fotos, os personagens (caminhonistas, mulher e pais) aparecem de forma sombreada, sugerindo que morreram. Estas mensagens, que podem ser traduzidas por “quem se infecta pelo HIV morre”, enfraquecem os esforços de incentivo ao teste e ao tratamento, contribuindo para que muitas pessoas não procurem as unidades de saúde, baseadas no fato de que nada se tem a fazer, já que a morte é certa, conforme já anunciado pelos informantes acima quando se referiram à baixa procura pelo teste entre os adolescentes e jovens em Maputo.

Estudos como o de Ayres (2004), revelam que as mensagens sobre SIDA baseadas em abordagens terroristas não funcionam, pois acabam por afastar mais do que aproximar as pessoas do problema. Além de se apresentar ineficaz, o terror ajuda a produzir e aumentar a discriminação e o preconceito. Quando uma pessoa percebe a SIDA como inevitável e/ou mortal, não se sente motivada a mudar seu comportamento, seja para se prevenir da infecção, seja para buscar conhecer seu estado sorológico e iniciar tratamento.

O medo da morte por SIDA, além da morte física, geralmente contempla também outros componentes, como o medo da solidão, da separação de quem se ama, do desconhecido, do julgamento por atos terrenos associados à sexualidade, da reação dos familiares, da interrupção dos projetos de vida, como tão bem sinalizado por Daniel (1989):

O fato da doença contagiosa incurável e mortal da SIDA, passou a ser, por meio de um simplismo rigorosamente

inexato, a definição mínima e operacional com que a sociedade liga imaginariamente com a doença. Daí emergem e revalorizam-se velhos preconceitos que, sobretudo, decretam a morte em vida dos soropositivos. Antes da morte biológica, a morte civil, a pior forma de ostracismo que pode suportar um ser humano.

O medo dos informantes de serem identificados como portadores do HIV por estarem num local específico de atenção ao HIV/SIDA, também aparece fortemente em seus relatos, associada à preocupação de serem considerados indivíduos com comportamentos sexuais imorais e, portanto, sujeitos a atitudes de rejeição advindas do estigma, como já ocorreu em epidemias anteriores, como a lepra e a tuberculose, onde o contágio real ou presumível da doença resultava no isolamento e exclusão das pessoas infectadas (GILMORE et al apud AGUIAR, 2001). É importante ressaltar que neste contexto de peste, as doenças de transmissão sexual, como a sífilis, também se destacaram por produzir respostas e reações socialmente divisórias (CARRARA, 1994).

A rejeição aos portadores do HIV/SIDA pela associação com comportamentos imorais, foi ressaltada por Sontag (1989) no seu estudo sobre a pandemia da SIDA, quando identificou e descreveu pela primeira vez uma série de metáforas poderosas, que ficaram conhecidas mundialmente e até hoje vêm contribuindo para reforçar e legitimar o preconceito e a discriminação para com as pessoas infectadas nas diversas partes do mundo. Estas metáforas incluem a visão do HIV/SIDA como: morte (por meio de imagens como de Grim Reaper¹¹); punição (comportamento imoral); crime (inocentes e culpados); guerra (vírus que precisa ser combatido); horror (pessoas infectadas como demoníacas e temidas); doença do outro (afiliação a grupos marginalizados).

Quando se refere a estas metáforas, Merson (1993) afirma que elas foram construídas socialmente pela ignorância, falta de conhecimento, medo e

¹¹ Imagem popularizada da morte, simbolizada por uma figura que veste manto e capuz preto com uma foice na mão e face de caveira.

moralidade, gerando conseqüências graves e muitas vezes trágicas, como inibindo as pessoas infectadas de procurarem os serviços de saúde para aconselhamento, diagnóstico, tratamento e lutarem pela garantia dos seus direitos de cidadania. Para o autor, as representações morais construídas em torno da SIDA tiveram como base as crenças e as interpretações relacionadas, principalmente, à sexualidade, que acabaram por instituir determinados valores para explicar as possíveis causas que provocaram a infecção pelo HIV em uma determinada pessoa. No caso de Moçambique, não foi diferente. Por razões já discutidas anteriormente neste capítulo, as pessoas portadoras do HIV/SIDA vêm sendo consideradas, por grande parte da população, como promíscuas e libertinas e, portanto, merecedoras de castigo e exclusão social pelos atos transgressores que tiveram, justificando o medo dos informantes em procurar os serviços de saúde e serem identificados como uma destas pessoas.

Este medo dos informantes pode ser melhor compreendido com base na obra de Goffman (1988), quando apresenta conceitualmente a noção de estigma, que considera “o selo ou rótulo que um dado grupo ou pessoa aplica a outro grupo ou pessoa [...] leitura que a sociedade faz de determinadas características – étnica, condição social, origem, prática sexual, deficiência ou doença - que constitui estigmatizadores de um lado e estigmatizados de outro”. Para o autor, a pessoa estigmatizada acaba padecendo por atos nefastos, pois sua diferença atrai a atenção das pessoas, impedindo de serem vistas por suas outras características, tendo suas chances de vida limitadas.

Os conceitos de estigma e discriminação focados num atributo social de “desvio” dado a uma pessoa numa relação que implica desvalorização nas relações de poder, têm sido debatidos contemporaneamente por diversos autores ao longo da epidemia do HIV/SIDA. Especialmente para Parker & Aggleton (2001:16), o estigma e a discriminação são empregados para, estrategicamente, produzir e reproduzir relações e desigualdades sociais, legitimadas pelas estruturas da verdade, transformando as diferenças em desigualdades. Os autores relatam que

“o estigma é empregado por atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro das estruturas de desigualdades sociais existentes”.

Campbell et al (2005) em seu estudo sobre o impacto da epidemia do HIV em comunidades da África do Sul, declarou que o estigma para com as pessoas vivendo com HIV/SIDA tem origem na sua associação com sexo, pecado e imoralidade. Os investigadores descobriram também que os problemas resultantes da pobreza, perda de poder político e da fraca comunicação entre as gerações contribuíam para o estigma, e que as preocupações com a "respeitabilidade" levam algumas pessoas a estigmatizar os doentes soropositivos para elevarem sua imagem na comunidade, por não terem praticado “atos desabonantes”.

A manifestação de estigma e preconceito para com as pessoas portadoras do HIV está fortemente presente nos países africanos, como demonstrado em estudos realizados em Ruanda (MUNYURANGABO, 2000) e Uganda (NAJUMA, 1998), que desvendaram que é comum encontrar doentes da SIDA morrendo no isolamento social, rejeitados por amigos e familiares. Em Moçambique, inquérito realizado pela Associação Kindlimuka (2001) com pessoas vivendo com HIV/SIDA, apontou que o estigma e discriminação figuraram em primeiro lugar entre as preocupações dos inquiridos, antes mesmo de questões como o tratamento e apoio financeiro. Ao explicar a importância atribuída à questão do estigma, os participantes da referida pesquisa sublinharam o fato de que a rejeição social e o isolamento dos quais são alvos, atingem igualmente o seu núcleo familiar, os seus amigos e quaisquer outras pessoas com quem se relacionam.

Embora as instituições internacionais e governos venham se esforçando em reduzir estas expressões, como a Comissão das Nações Unidas sobre Direitos Humanos (Resoluções 1995:44 e 1996:43), introduzindo mecanismos legais que assegurem que “as pessoas sejam livres da discriminação por sexo, raça, religião, adesão partidária, origem, orientação sexual e doença”, sendo seu desrespeito

considerado violação, o que se observa, principalmente nos países em desenvolvimento, é um total desrespeito a estes direitos, principalmente pelo fato dos portadores de HIV, muitas vezes, serem discriminados e desrespeitados nos próprios setores responsáveis pela condução da denúncia.

Em Moçambique as organizações de base comunitária, que implementam projetos com o objetivo de intermediar situações desta natureza junto às instituições judiciais, apresentam baixíssima resolatividade, seja pela desqualificação de recursos humanos para exercer esta tarefa, seja pela falta de transparência nas atividades que realizam, ou mesmo pela ineficiência dos setores públicos na condução dos processos, conforme já denunciado pelo Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS/PEN II, 2004), deixando as pessoas soropositivas e suas famílias sem apoio legal para enfrentar os atos a que são submetidas. Conforme expresso em publicação da organização RENSIDA (2005), os mecanismos legais de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/SIDA em Moçambique, apresentam fluxos no trâmite das informações que expõem o requerente nas diversas esferas institucionais, inibindo-os de apresentar suas denúncias.

3.2.2. Vivenciando a realização do teste

Por se tratar de um momento delicado, que envolve esta gama de sentimentos e situações complexas, a realização do teste anti-HIV deve sempre estar inserida dentro de um processo de aconselhamento. Para Seidl (2002:17), “aconselhar significa apreender, compreender e atender as demandas do usuário, dispensando-lhe a devida atenção com o encaminhamento de ações direcionadas para a resolatividade”.

O aconselhamento para o teste anti-HIV em Moçambique, de acordo com o Manual do Conselheiro e do Supervisor dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária do Ministério da Saúde (2004), pauta-se nos pressupostos da

promoção da saúde, pois tem como base o estabelecimento de uma relação de confiança entre conselheiro e usuário, para que este, por meio do resgate de seus recursos internos, possa se reconhecer sujeito de sua própria saúde e transformação. Deve-se estabelecer uma relação orientada para apoio de ordem emocional e para a transmissão de conteúdos educativos e preventivos, de maneira que cada usuário possa se apropriar e gerir sua saúde, segundo suas vivências, culturas e singularidades. O referido Manual orienta ainda, que esta prática deve ocorrer sem juízos de valor ou atitudes de preconceito ou discriminação, procurando estabelecer com o usuário uma relação de confiança e confidencialidade.

O processo de aconselhamento e testagem voluntária para HIV/SIDA adotado por diversos países, inclusive Moçambique, considerando as diferenças culturais e situacionais, pode ser dividido, esquematicamente, em três momentos sequenciais. Inicia-se pelo momento do aconselhamento conhecido como pré-teste, onde a relação entre o usuário e o conselheiro está direcionada principalmente para o estabelecimento do vínculo, identificação das razões que levaram a busca sorológica, esclarecimento sobre o sistema de coleta de sangue e significado dos possíveis resultados do teste, avaliação assistida da vulnerabilidade e reforço da adoção ou manutenção de práticas seguras. O segundo momento constitui-se, basicamente, nos procedimentos técnicos informados de coleta e análise do sangue. O terceiro é o momento do pós-teste, que é reservado, principalmente, para a informação sobre o resultado do teste sorológico e atenção aos seus desdobramentos. No caso de resultado negativo, o aconselhamento foca as necessidades de prevenção e orientação sobre o uso correto e consistente do preservativo, inclusive como obtê-lo regularmente. No caso do resultado positivo, é importante prestar apoio emocional às manifestações derivadas do impacto do resultado, enfatizar a importância da prevenção e da adesão ao tratamento, reforçar a necessidade do teste para os parceiros e parceiras sexuais e facilitar a integração ou encaminhamento para o tratamento.

De acordo com Ferri (2003), a qualidade do aconselhamento é um fator preponderante para a qualidade do vínculo com o serviço de saúde e para a adesão ao tratamento. No entanto, para Helman (1994), as metáforas dos problemas de saúde costumam gerar associações simbólicas que atingem profundamente os indivíduos com doenças estigmatizantes, como é o caso da SIDA. Estas associações podem refletir negativamente no processo de aconselhamento, tanto na atitude do doente em relação à doença, quanto dos profissionais de saúde no manejo com o usuário.

Analisando os relatos dos informantes em relação às suas vivências no processo de aconselhamento quando se submeteram ao teste anti-HIV, observa-se uma forte discrepância em relação à qualidade do aconselhamento recebido por aqueles que realizaram o teste nos centros de saúde e aqueles que o realizaram no SAAJ. Os relatos dos informantes que receberam atendimento nos centros de saúde apresentam situações constrangedoras, permeadas por julgamentos e críticas dos profissionais de saúde a comportamentos - reais ou imaginários- dos informantes e quebra de sigilo profissional, conforme apresentados abaixo:

“Quando fui buscar o resultado, um enfermeiro que estava a entregar os exames das pessoas, numa sala cheia de gente, gritou o meu nome. Quando levantei o braço lá atrás, ele disse alto para as pessoas: ‘Veja lá, é um jovem e já tem SIDA. Deve estar a passar para as raparigas’. Fiquei lá parado, sem me mexer, sem saber o que fazer com aquelas pessoas me olhando. Ele deu o papel do meu resultado para uma mamá [senhora] que estava na primeira fila, que ficaram a passar para outras, até chegar na minha mão. Sai de lá correndo. Se não tivesse tido a honra de me controlar, acho que havia de me matar”. (♂)

“Foi muito ruim. Na sala, além do conselheiro, havia mais dois homens, ninguém me falou quem eles eram, não eram utentes [usuários]. Falei que tinha ido fazer o teste pois havia dado positivo no exame do meu bebé. Esses homens que lá estavam, ficavam a me perguntar por que eu tinha tido filho com a minha idade, porque não usei preservativo, se eu sabia quem era o pai da criança. Falavam de uma forma agressiva, me condenando, que quase não acreditei no conselheiro quando disse que o meu teste era positivo. Sai de lá assustada, mais de vergonha deles do que pelo resultado”. (♀)

Diversos estudos revelam atitudes de estigma e de discriminação proferidas por profissionais de saúde, como: violação de confiabilidade e realização do teste sem consentimento (OGOBA, 1990); recusa de prestar atendimento (DANIEL & PARKER, 1993). Estes autores são unânimes em afirmar que, na maioria das vezes, estas atitudes estão relacionadas com a ignorância, falta de conhecimento científico sobre a transmissão do HIV e presunções moralistas de culpa.

Pesquisa realizada por Ayres et al (2004:10) com adolescentes e jovens soropositivos no Brasil, demonstrou que a atitude dos profissionais de saúde na revelação do diagnóstico positivo para HIV pode ser bastante sensível para a questão do estigma. De acordo com os autores, “são ainda comuns situações em que a revelação é feita de modo intempestivo, descuidado, quando não mesmo agressiva e em tom acusatório”. Os autores sugerem que a força dos sentimentos estigmatizantes e seu impacto no modo de vida das pessoas talvez repousem no reconhecimento, por si mesmo e pelos outros, de que a condição de portador pode ser alvo de preconceito, discriminação e agressão aberta à integridade física e mental do jovem.

Para outros autores, como Levi & Barros (1991), a perplexidade em que mergulharam os profissionais da saúde com o advento da SIDA, atingidos pela desconfortável sensação de impotência em face desse novo desafio, incitou discussões acerca da suposta necessidade de afrouxamento das regras de proteção do segredo profissional, sob a premissa de que não mais fazia sentido à guarda de sigilo diante da ameaça que a pandemia representava para a humanidade. Também para Szwarcwald et al (2004), quando analisaram a privacidade e a confiabilidade nos serviços de saúde do Brasil para o HIV/SIDA, discorreu que é do princípio da autonomia que deriva o direito dos indivíduos à privacidade e que no contexto da saúde esta privacidade está diretamente vinculada a uma relação interpessoal entre o profissional de saúde e o paciente.

A Associação dos Direitos Humanos e do Desenvolvimento de Moçambique, na página 16 do seu relatório de 1999, sugeriu que a falta de ética profissional por

parte de alguns funcionários da saúde poderia levar à inibição das pessoas potencialmente portadoras do HIV a se submeterem ao teste ou procurarem tratamento. A confidencialidade das informações obtidas pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde de Moçambique é apresentada em destaque na análise da situação da epidemia da SIDA, divulgada em 2004 pelo Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS/PENII, 2004). Apesar da garantia do sigilo sobre o estado sorológico dos usuários nos centros de testagem estar amparada na lei 05/2002, o referido documento apresenta diversos relatos de quebra do sigilo por profissionais de saúde em todas as províncias do país. É ressaltada ainda, no documento acima referido, que esta falta de ética observada no país é resultante da desigualdade de poder inserida na relação entre profissionais de saúde e usuários, sendo que grande parte dos profissionais entendem ter plenos direitos de fazer uso das informações obtidas pelos pacientes nas consultas e nos procedimentos clínicos e laboratoriais.

As experiências vivenciadas pelos informantes na relação com os profissionais de saúde nos hospitais e centros de saúde ao longo de suas vidas, foram objeto de debate em algumas sessões do grupo de convivência, quando se discutiu os direitos e deveres dos cidadãos no âmbito da saúde pública. Para eles, é comum que o usuário, após apresentar o motivo da consulta, receba um papel com o nome de remédio ou solicitação de exame, sem qualquer palavra sobre o diagnóstico ou hipótese diagnóstica para a sua demanda. Quando esboçam algum movimento em obter esta informação, acabam por receber frases, como exemplificou uma das informantes: *“quem tem que saber o que faz sou eu e não você. Você não entende nada, para que quer saber?”*.

Esta realidade foi denunciada por Campos G.(2003:104), quando destacou os atendimentos calcados no modelo liberal-privatista, vigente nos sistemas de saúde da maioria dos países em desenvolvimento, como “responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado, que por considerar que detém todo o poder, acabam por tratar o

usuário de uma maneira impessoal, objetivante e descompromissada”. Esta forma de relacionamento acaba muitas vezes, por afastar os usuários dos serviços de saúde, principalmente os adolescentes e jovens que apresentam necessidades, interesses e desejos que demandam políticas de atenção em consonância com as suas peculiaridades. O fato dos profissionais que atuam nos ATV de Moçambique serem, como já referido na parte introdutória deste trabalho, profissionais aposentados ou membros da comunidade que recebem treinamento de apenas duas semanas para o exercício desta função, associado ao fato de que no currículo desta formação não está contemplado as possíveis peculiaridades dos adolescentes e jovens, pode estar contribuindo para a realidade observada no relato dos informantes quando da realização do teste nos centros de saúde.

O contexto da atenção à saúde no qual estes profissionais vêm atuando, é outro fator que deve ser considerado quando analisamos esta relação com os profissionais de saúde apresentada pelos informantes. A grande maioria das unidades de saúde em Moçambique funciona em situações extremamente precárias, com escassez de recursos humanos e materiais, apresentando sérias limitações de exames complementares para diagnóstico e com demanda muita acima de sua capacidade de resposta. Com o advento da SIDA, pode-se observar um agravamento da situação, principalmente pela elevação no grau da complexidade e gravidade das demandas que recebem.

Partindo deste contexto e tendo como referencial teórico de análise o artigo de Campos, R. (2005), quando discute a produção de sintomas institucionais originados pela realidade do trabalho, pelo contato com a dor e a morte, e pela dificuldade de simbolização que situações como a pobreza extrema pode provocar, pode-se inferir que o perverso cotidiano institucional no qual estes profissionais estão inseridos, pode ser mais um indicativo para os comportamentos observados nos relatos dos informantes, conforme ressalta a autora:

Nos equipamentos de saúde e educação acontecem processos de identificação entre técnicos e usuários. Se a

população da área de abrangência é vista como pobre, desvalida, desrespeitada, sem valor, após um tempo, a própria equipe se sentirá assim. Mecanismos como esses estão por trás da produção de impotência em série de que adoecem muitas equipes de saúde. Também pode acontecer que, na tentativa de se defender desse espelho desagradável, a equipe feche-se tentando uma discriminação maior entre o nós e os outros, e assim a equipe monta fortes barreiras que evitam se colocar em contato com aquilo que tanto dói. Ou, pior ainda, pode se tornar agressiva e retaliadora com os usuários.

Diferentemente deste cenário apresentado em relação aos centros de saúde, nos relatos dos informantes que realizaram o teste no SAAJ observa-se conteúdos que sugerem um ambiente acolhedor, permeado por palavras e atitudes de acolhimento, encorajamento e preocupação com o estado emocional do usuário frente ao impacto do diagnóstico positivo.

“Depois de me fazer sangrar [picar o dedo], a enfermeira ficou a conversar muitas coisas comigo sobre o SIDA, sobre as formas de se apanhar e sobre o uso do preservativo. Mas aquilo nem entrava na minha mente. Eu só queria saber do resultado. Só estava preocupada com isso. Finalmente ela me disse. Depois ela me abraçou, e eu fiquei a chorar no ombro dela”. (♀)

“Ela me falou que o teste tinha dado positivo e que eu tinha de me tratar e viver positivamente. Mas ela não fez drama, não ficou com cara de quem está diante de alguém que vai morrer, então eu saí mais tranqüilo, um pouco confuso, mas tranqüilo”. (♂).

Na busca de compreender, quais os fatores que podem ter contribuído para que os aconselhamentos no SAAJ do Hospital Central de Maputo (HCM) tenham apresentado este diferencial de qualidade em relação aos centros de saúde, alguns fatores se apresentam como determinantes: ser um serviço específico para adolescentes e jovens que integra a prevenção e o tratamento numa perspectiva de promoção da saúde; e a formação contínua dos recursos humanos.

O serviço de Aconselhamento e testagem voluntária, quando introduzido no SAAJ, já encontrou um ambiente favorável para a sua implementação, na medida em que desde sua concepção o foco do serviço está dirigido exclusivamente para os adolescentes e jovens, numa perspectiva emancipatória de atenção, centrada no usuário e não da doença. É importante ressaltar que a limitação das ações que objetivam apenas garantir a sobrevivência dos usuários, sem a preocupação de garantir-lhes possibilidade de uma vida digna, nas etapas iniciais da vida, talvez mais do que em qualquer outra, faz-se evidente a necessidade de se considerar a saúde integral e não apenas os aspectos orgânicos. Os profissionais que atuam no serviço passam por formações regulares sobre as diversas temáticas relativas aos adolescentes e jovens, focadas nos direitos sexuais e reprodutivos, na perspectiva dos direitos humanos. Para a realização do aconselhamento e testagem voluntária participaram de uma formação específica baseada em um manual elaborado especificamente para o manejo com os adolescentes e jovens.

O serviço é avaliado regularmente pelo método da satisfação do cliente e por reuniões periódicas da equipe na busca de identificação de suas fragilidades e busca de caminhos para a superação das dificuldades identificadas. Possui uma infra-estrutura diferenciada das outras unidades de saúde e uma demanda que não está acima de sua capacidade de resposta. Outro diferencial em relação aos serviços da rede pública de saúde do país, como os centros de saúde, está na atuação dos adolescentes e jovens ativistas que desenvolvem atividades de prevenção na sala de espera, facilitando o vínculo com o serviço e a comunicação entre os usuários e a equipe técnica.

Medo e Silêncio

As reações imediatas dos informantes frente à confirmação do resultado positivo foram marcadas por manifestações de choro, medo, impotência, medo da morte e da rejeição e não compartilhamento imediato do diagnóstico com as pessoas que compõem seus grupos de pertencimento.

“Escutei atento à enfermeira me dar o resultado do teste. Eu lembro que quando ela me falou o resultado fiquei de pé, nervoso, aquilo me apanhou de surpresa. Nunca pensei em viver uma situação daquela. Não sabia nem como me portar. Nem consegui ouvi-la mais. Ao sair de lá, a primeira coisa que pensei é que havia de comer muita fruta. Gastei todo o meu dinheiro em maçãs e fui para casa. Eu sentia vontade de chorar, mas as lágrimas não vinham. Fui à casa de uma amiga e me portei como sempre. Não falei no assunto. Tinha medo do que eles podiam pensar de mim, do que tinha feito. Voltei para casa e fui dormir”. (♂)

“Fiquei desesperada, chorei muito na sala. Quando saí ainda estava assustada. Fui para casa e me tranquei no quarto. Lá me acalmei e comecei a analisar a situação. Ficava a pensar que eles iam achar que eu era uma menina que namorava muitos rapazes e que iam me deitar [colocar] fora de casa e eu iria morrer mais rápido de fome. Na hora do jantar fui para a cozinha e me comportei normalmente diante da minha família, não queria que eles percebessem nada” (♀)

“Fiquei nervosa, mas não tanto, porque, acho que eu já esperava, porque vivia doente. Voltei para casa e fiquei a assistir televisão com os meus irmãos. Fiquei como se não tivesse acontecido nada. Eles nem perceberam. Quando passou uma reportagem sobre a SIDA na televisão meu coração tremeu. Fui sentar nas escadas do prédio até me acalmar e voltei para junto deles. Queria que na reportagem falasse que mesmo as meninas respeitadas podiam apanhar a SIDA. Assim não iriam me discriminar”. (♀)

“Fui para a casa do meu namorado e contei que no hospital haviam me falado que nosso putto [bebê] era seropositivo. Quando ia falar do meu resultado ele me disse que não queria saber dessa conversa. Calei-me e mudei de assunto. Mais tarde, quando ele saiu, fui dar uma volta para chorar sozinha, para não incomodá-lo se ele voltasse” (♀)

“Quando soube do resultado fiquei assustada, com medo de como seria a minha vida depois. Ninguém ia mais querer saber nada de mim. Não ia mais pertencer à família. Mas me controlei e fui para a escola fazer um teste”. (♀)

As pessoas que se descobrem soropositivas, de acordo com Lent e Valle (2000), não apresentam as mesmas reações emocionais, nem a mesma forma de conduzir sua vida diante do diagnóstico. O impacto emocional da soropositividade e suas conseqüências na vida cotidiana de uma pessoa, dependem de sua trajetória de vida e dos recursos internos e externos para esta convivência. Os relatos dos

informantes sugerem que revelar o diagnóstico é se expor às reações desconhecidas, é a possibilidade da manifestação do preconceito temido, é a importância de uma decisão que deve ser criteriosamente avaliada, refletida, pois não tem volta.

Sontag (1989), quando aborda as reações frente ao diagnóstico positivo para HIV, destaca que a SIDA não é apenas uma síndrome objetiva e racional que causa doenças físicas, por estar ligada a pensamentos metafóricos assentados no imaginário do contágio, sexo e morte, aspectos que se traduzem, fundamentalmente, em obstáculos no compartilhamento de sua condição com as pessoas mais próximas, restringindo o acesso ao apoio, por medo dos possíveis questionamentos, julgamentos e reações negativas que possa sofrer.

No relato dos informantes, estas reações se expressaram pelo medo, principalmente de julgamentos por conduta sexual com múltiplos parceiros(as) e expulsão do convívio familiar, confirmando a visão também de Pessini e Barchifontaine (1998), que avaliam que a SIDA transformou-se na síndrome do medo do outro, do medo do castigo, da marginalização e da exclusão a que são submetidos aqueles que se infectam, levando-os, comumente, à utilização do segredo como estratégia de vida, tornado-os invisíveis socialmente.

O conjunto de informações reunidas sobre essa fase revela aspectos da sociabilidade e sexualidade da população pesquisada, que traduzem modos de vida, percepções e comportamentos considerados fatores de exposição e vulnerabilidades, recorrentes entre adolescentes e adultos jovens em Maputo. Observa-se que outro fator determinante refere-se às dificuldades de acesso e acolhimento aos serviços e aos profissionais de saúde, para testagem anti-HIV e seguimentos para a prevenção e assistência, principalmente para os casos de resultado positivo. O acolhimento mostrou-se procedimento imprescindível para o atendimento dessa população, tendo em vista suas especificidades e sua invisibilidade nos serviços de saúde.

A afirmação de Santos (2002), descrita no início desta fase, que realizar o teste anti-HIV exige muita coragem, é facilmente compreendida no contexto atual de Moçambique. Como podemos observar, o processo de busca e realização do teste, vivido por uma parcela significativa dos informantes, se constituiu numa ciranda do medo. Ela se iniciou com o medo de fazer o teste quando se encontravam doentes, se desenvolveu permeada pelo medo de atitudes de preconceito e discriminação que acabaram por se concretizar nas atitudes de alguns profissionais dos centros de saúde, e se agravou ainda mais pelo medo da morte e rejeição dos familiares e amigos, quando da confirmação do diagnóstico. Conforme poderá ser observado na fase seguinte deste capítulo, esta ciranda se estende ainda mais, no medo de possíveis sentimentos de decepção expressos por seus familiares, caso compartilhassem com eles seu estado sorológico.

3.3. Fase pós-diagnóstica

“Eu, senhor de mim, tenho o direito de estar vivo
numa sociedade que me vê morto”
(Daniel, Herbert, 1989)

Estudos revelam que a descoberta da soropositividade provoca um grande impacto na vida dos adolescentes e jovens: vivenciar sentimentos ligados à morte, compartilhar o diagnóstico com a família, assumir responsabilidades frente sua saúde e de seus comunicantes, vincular-se a serviços de saúde, seguir esquemas terapêuticos, realizar exames laboratoriais, estar sujeito a atitudes de preconceito e discriminação, mudar hábitos; re-elaborar seus projetos de vida (AYRES et al, 2004; PAIVA et al, 2000). Recomenda-se, nessas circunstâncias, condutas e cuidados especiais, por parte da família, da escola, da comunidade e dos profissionais de saúde no sentido de estimular sua capacidade de auto-cuidado e autonomia, estabelecendo relações de confiança, de escuta e aceitação, criando uma rede de proteção que propicie um ambiente para a resiliência.

Estudos consultados referem-se a dois grupos de adolescentes soropositivos: 1) Grupo de infecção vertical: infectados pela mãe durante a gravidez, o parto ou amamentação, comumente diagnosticados na infância ou na pré-adolescência. São mais novos e usualmente encontram-se nos estágios iniciais da puberdade; 2) Grupo de transmissão horizontal: usualmente diagnosticados nos estágios finais da puberdade, recentemente infectados por relações sexuais ou uso compartilhado de drogas, muitas vezes ainda sem indicação da terapia antiretroviral. Geralmente apresentam vínculos frágeis com os serviços e profissionais de saúde pelas próprias características deste ciclo de vida. As mulheres geralmente são diagnosticadas ou se descobrem soropositivas a partir dos testes anti-HIV realizados no pré-natal, que acabam por revelar também a soropositividade do parceiro, com o agravante da situação de maternidade/paternidade na adolescência (AYRES, et al 2004; RASERA, 1999)

Para a maioria dos adolescentes vivendo com HIV e SIDA, o acompanhamento clínico e psicossocial pode ser oportunidade única de acesso a informações essenciais para a saúde e resgate da cidadania. Recomenda-se para isto a oportunidade de espaços de promoção da saúde, que facilite o estabelecimento de vínculos e abordagem de assuntos pessoais em torno do viver com HIV e SIDA, que crie um ambiente que incentive a adesão ao serviço de saúde, ao tratamento e aos medicamentos antiretrovirais.

Em Moçambique, o preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV/SIDA, a forte hierarquia de gênero que dificulta a adoção de práticas preventivas, as fragilidades do sistema de saúde, e o acesso restrito aos medicamentos antiretrovirais, torna o caminho das pessoas que se descobrem soropositivas muito difícil de ser trilhado.

O governo de Moçambique não disponibiliza ainda, de maneira universal e sustentável, a terapia antiretroviral para toda a população infectada pelo HIV. Por meio de alguns programas de cooperação e ajuda internacional, somente 17% dos

pacientes que necessitam dos medicamentos têm acesso a eles (INE/MISAU/VE, 2004). Sem perspectiva do tratamento, as pessoas acabam por não procurarem saber seu estado sorológico, e aquelas que se descobrem soropositivas, muitas vezes, afastam-se dos serviços de referência. Tem sido assim em vários recantos do mundo, e em Moçambique não é diferente.

Em se tratando de adolescentes e jovens, este cenário torna-se ainda mais dramático. Como já nos referimos anteriormente, a visibilidade epidemiológica e estatística não condiz com a invisibilidade dessa população nos serviços de saúde, nas escolas, nas organizações não-governamentais e nas associações de base comunitária. Sem referência histórica e circunstancial, as pessoas, os gestores, os profissionais da saúde e da educação não dispõem de elementos, informações e dados para abordar o problema de maneira processual e administrativa.

Descobrir-se soropositivo é se colocar diante de grandes desafios, muitos deles difíceis de serem enfrentados. Estudos com pessoas que descobriram recentemente a sua soropositividade são reveladores de que uma das principais preocupações neste período é a tomada de decisão em relação ao compartilhamento do diagnóstico (MASON & col. Apud GRILLO, 1995), por onde iniciamos a discussão desta fase.

3.3.1. Principais preocupações após o diagnóstico

Contribuição familiar e descendência

A principal preocupação expressa nos relatos dos informantes de ambos os sexos no período posterior à descoberta da soropositividade refere-se à tristeza e decepção que iriam causar aos seus pais, caso compartilhassem com eles o diagnóstico. Acreditavam que a incapacidade física advinda da SIDA iria

restringir ou invalidar a possibilidade de atenderem as expectativas que seus pais tinham em relação a eles, de poderem contribuir no orçamento familiar para melhorar e/ou garantir as condições de vida da família no futuro (incluindo a formação educacional e profissional como instrumento para tanto), e de dar continuidade à descendência, por acreditarem que não poderiam mais gerar filhos.

“Deixar a mamá [mãe] preocupada, decepcionada. Ao invés de entregar a ela um diploma de advogado como ela sempre quis, trago um papel com resultado positivo de SIDA. Como ela iria se sentir? O que ela iria dizer? Criei um filho e agora ele tem esse problema e não posso contar com ele nem para continuar a família”. (♂)

“Meus pais têm muita atenção comigo. Nunca me deixaram faltar nada. Eu pensava que eles fossem sofrer, que eu os tinha traído nos seus sonhos de futuro de não deixar faltar nada para eles”. (♂)

“A principal foi a de a minha mãe sofrer. O resto não era tão forte, não parecia ter mais importância do que essa. Minha mãe já é doente e eu sou o único filho homem. Ela ia sofrer muito por não ter netos e por não ter a quem pedir ajuda no futuro”. (♂)

“Eles iam apanhar decepção porque para eles eu sou a filha mais inteligente de todas que vivem lá em casa, aquela que ia conseguir ajudar a família por estar a estudar”. (♀)

“Ficava só a pensar que teria de ficar de baixa nos hospitais e não poder trabalhar para levar ajuda à casa. Sempre prometi a eles que iria estudar bastante para um dia vivermos nice [viver bem], que ia ter muitos filhos como eles. Eles esperavam por isto” (♀)

Alguns autores apontam que nos diversos momentos de crise presentes na história de Moçambique (guerras, fome, desastres naturais, epidemias), as redes sociais definidas pela família alargada e pelo parentesco (dentre outros sistemas ditos tradicionais) tiveram papel fundamental como unidade de produção e de recomposição do tecido social após as crises (FRY, 2000; HONWANA, 2002; PASSADOR & THOMAZ, 2006). O que estas crises evidenciaram foi o papel crucial da família na definição do contexto social e histórico de Moçambique. Tal fato aponta para a importância da família não só na constituição e reconstituição das redes de proteção mais amplas, mas também na construção de um sujeito que

só “consegue existir” dentro delas, perpassando pelos aspectos políticos, morais, religiosos, educacionais, econômicos, entre outros.

Desta forma, as crises individuais tendem a se expressar como crises também nas relações e obrigações que os sujeitos têm com as suas famílias, numa perspectiva ampliada que incorpora a ascendência e a descendência no seio destes núcleos familiares. A crise advinda da soropositividade parece impor também uma crise na inserção ou manutenção do sujeito econômico dentro da família e do sujeito que mantém a continuidade da descendência. O sentimento de fracasso expresso nos relatos dos informantes em relação ao sustento econômico e à manutenção da descendência através dos filhos, talvez possa ser entendido dentro desta perspectiva. A experiência de uma potencial morte social destes sujeitos pela SIDA, se expressa também nos termos da morte de um sujeito que garantiria a descendência e a continuidade da família, gerando decepção do grupo familiar, que espera isto dele¹².

Infidelidade, Rejeição e Abandono

Especialmente para as informantes que mantinham um relacionamento fixo por ocasião da descoberta do diagnóstico, o compartilhamento da soropositividade com o namorado também se apresentou, de forma significativa em seus relatos, como uma grande preocupação. Seu principal receio era que eles as considerassem infiéis ou que suspeitassem que elas mantivessem relações sexuais com múltiplos parceiros, o que geraria atitudes de desconfiança e rejeição da parte deles (mesmo em situações em que elas sabiam que foram infectadas por eles), o que poderia levar ao fim do relacionamento.

“Uma preocupação que tinha era do namorado pensar mal de mim. Ele vivia na Zâmbia e me teve como sendo um dos meus primeiros

¹² Agradeço ao antropólogo Luiz Henrique Passador pelas contribuições que, em conversas informais, me permitiram compreender essas questões à luz da importância que as relações de descendência, parentesco e familiares (incluindo os antepassados) têm na definição dos sujeitos e redes sociais no Sul de Moçambique.

namorados. Ele era muito ciumento. Achava que ele ia pensar que os moços do bairro, que às vezes eu conversava, eram meus namorados, que eu brincava com eles, que eu era uma rapariga com muitos rapazes e me abandonar”. (♀)

“Tinha medo de perdê-lo. Dele não querer saber mais de mim, mesmo sabendo que foi ele que me passou. Eu sabia que foi ele que tinha me passado, mas mesmo assim ficava com medo dele me julgar mal, dele me desprezar”. (♀)

A preocupação de serem abandonadas por seus namorados já estava fortemente presente nos seus relatos, desde o período que antecedeu a realização do teste, conforme já apresentado anteriormente neste capítulo. Com a confirmação diagnóstica, esta preocupação se intensifica, na medida em que a soropositividade deixa de ser uma possibilidade e passa ser um fato concreto, que exige uma tomada de decisão. O que fazer com este segredo? Livrar-se deste fardo e arcar com os possíveis ônus da rejeição, ou conviver com o peso dele e assumir os possíveis prejuízos que possam resultar desta escolha no futuro?

Para os informantes do sexo masculino, que mantinham relacionamento fixo por ocasião do conhecimento da soropositividade, o compartilhamento do diagnóstico com a namorada não se constituiu uma preocupação. Parte significativa desses informantes entendia que esta não era uma atitude que deveria tomar, por ser uma questão que só dizia respeito a ele e a sua família.

“Não tinha essa preocupação de contar para ela. Este era um tema meu, que ninguém deveria saber. Só me preocupava como falar para os meus pais e da decepção que iriam ter.” (♂).

Não lembro de ter me preocupado em contar para ela. Pensava muito que devia contar para as pessoas que vivem lá em casa, mas não de falar para ela, porque ela não pertencia à minha família. (♂).

A revelação do diagnóstico parece obedecer à hierarquia de gênero, na medida em que o medo da revelação ao parceiro se potencializa somente entre as mulheres. Os rapazes, ao colocarem a revelação da soropositividade somente no âmbito das

relações familiares, acabam por ampliar a vulnerabilidade de suas namoradas, privando-as da decisão de realizar o teste e procurar tratamento, no caso de elas também virem a se descobrir soropositivas.

3.3.2. Busca por tratamento

O tempo entre o conhecimento da soropositividade e a busca por tratamento variou de acordo com o local de realização do teste. Entre os informantes que realizaram o teste no SAAJ, o início do tratamento ocorreu imediatamente ou em curto período de tempo. De acordo com os seus relatos, tal fato deu-se por dois motivos: pela qualidade do aconselhamento por ocasião do teste, que criou um ambiente favorável para a criação de vínculo com o serviço de saúde (fundamentalmente pela percepção de que eram tratados, acolhidos e reconhecidos como pessoas); e pela qualidade do acesso ao tratamento, facilitando o seguimento.

“Voltei dois dias depois do teste no SAAJ como a enfermeira havia informado e fui fazer as análises. Depois de uma semana passei a tomar os remédios por causa dos caroços [gânglios] que estavam muito inchados. Neste dia, a médica me falou que se eu tomasse os remédios como ela ensinou, os gânglios haveriam de sair. Eles saíram logo, me senti aliviada”. (♀)

“Comecei aqui mesmo [SAAJ]. A psicóloga no dia do teste me falou da importância de fazer tratamento e ter uma vida positiva. Percebi que ela estava preocupada com o meu tratamento e acreditei nela. Voltei na enfermeira quatro dias depois como estava escrito no papel e fiz a consulta. Fiquei feliz logo que cheguei porque a [nome da recepcionista do SAAJ] se comunicou pelo meu nome, ela lembrou de mim”. (♂);

“A enfermeira me encorajou a fazer o tratamento e eu comecei fazendo umas análises. Ainda estava um pouco preocupado de alguém saber que eu estava cá a fazer tratamento, mas achava bom, porque a enfermeira e a psicóloga já sabiam da minha história, e que eu não precisava ficar a repetir. Mas nunca pensei em deixar de vir.” (♂)

Para aqueles que realizaram o teste nos centros de saúde, o intervalo de tempo entre o conhecimento do diagnóstico e o início do tratamento foi maior, atingindo

períodos superiores há um ano. De acordo com os informantes, a demora pela busca por tratamento deu-se por deficiências no encaminhamento; descrença na qualidade do tratamento; medo de serem julgados pelos profissionais de saúde; pela presença de usuários adultos nas unidades de tratamento; preocupação com a exposição pública da soropositividade, por ser o HdD uma unidade de saúde específica de atenção ao HIV/SIDA.

“No dia do resultado do teste me falaram que eu tinha de fazer uma análise para começar o tratamento, mas não me falaram onde, não me deram o papel. Eu não queria voltar mais naquele sítio [Centro de saúde que realizou o teste], nem passar na estrada [rua]. Tinha medo de que eles fizessem de novo comigo o que haviam feito. Fiquei quase nove meses sem procurar tratamento. Um dia soube que no SAAJ tinha tratamento porque fui lá pela malária. Com eu tinha deitado fora o papel do resultado do teste a enfermeira pediu para fazer outra vez, para ficar no processo. Como deu positivo marcaram o CD4 e foi assim que eu comecei”. (♀)

Tinha medo de ir ao hospital de dia, mas também tinha medo de não tratar. Um dia cheguei a ir lá e fiquei a andar como se eu estivesse procurando por alguém. Não gostei do ambiente, muitas mamás sentadas, ninguém falava com elas. Eu nunca mais voltei naquele lugar. Acho que foi um ano assim, sem fazer nada para me tratar, até mais de um ano. Soube do tratamento no SAAJ porque ouvi uma activista falar com umas raparigas na porta da escola. Nunca havia ido ao SAAJ antes. Fui conhecer e senti coragem de falar com a enfermeira. Na mesma semana fiz uma consulta. Estou cá até hoje, sem faltar em nenhuma consulta. (♂)

Como já apontado anteriormente, um dos trunfos do SAAJ é oferecer um espaço de atenção específica aos jovens. Os relatos revelam que as interações intergeracionais são complicadoras nos espaços de tratamento, remetendo sempre à noção de vergonha dos jovens em relações aos mais velhos, que redundava em falta de adesão. O que o SAAJ propiciou, ainda que de forma não prevista inicialmente, foi um respeito à ordem de clivagem geracional existente em Moçambique, que está articulada às questões de descendência e parentesco apontadas acima. Ao garantir um espaço de equidade no que diz respeito a uma interação geracional horizontalizada, facilitou o estabelecimento de relações minimamente simétricas e não hierarquizadas entre os usuários, permitindo o reconhecimento dos pares

entre si e a construção de relações intersubjetivas que atuaram em favor e uma identificação grupal e conseqüente adesão ao serviço e ao tratamento disponibilizado.

O vínculo com os profissionais de saúde e o acesso ao serviço foram fatores determinantes para a adesão ao tratamento. O vínculo, aqui entendido como a “ligação afetiva que pode ser gerada no encontro entre duas ou mais pessoas, que somente acontece quando há disponibilidade de aceitação do outro em sua diferença e singularidade”, pode ser estabelecido na relação entre profissionais de saúde e usuários por ocasião do aconselhamento (MS/PNDST/AIDS, 2002:7). Para que ele ocorra, alguns aspectos são imprescindíveis: 1) postura isenta, com ética e não emissão de juízo de valor; 2) confidencialidade e sigilo quanto ao que for revelado ao profissional, seja diretamente pelo usuário, seja por exames físicos ou laboratoriais; 3) respeito e valorização das diferenças, de forma que o usuário se sinta aceito e considerado como sujeito, independente de suas crenças, atitudes, comportamentos e práticas; 4) valorização do usuário em seu processo de cuidado, preservando sua autonomia, favorecendo e estimulando sua participação, autocuidado e co-responsabilidade no processo.

Por terem vivenciado um aconselhamento pós-teste, onde estas premissas foram preservadas, os informantes que realizaram o teste no SAAJ sentiram-se estimulados a aderir imediatamente ao tratamento, enquanto que aqueles que realizaram o teste nos centros de saúde e que foram submetidos a situações de constrangimentos e infrações éticas, optaram por (con)viver de forma solitária e invisível com a soropositividade, expondo-se às doenças oportunistas, numa perspectiva de *“prefiro morrer do que enfrentar este tipo de situação novamente¹³”*.

No entanto, estabelecer vínculo por si só não garante o início do tratamento, pois a qualidade do acesso também é determinante para a adesão, principalmente

¹³ Grifo meu.

quando analisada pela vertente da relação usuário/serviços disponibilizados, conforme enfatizado por Frenk (1985:439)

A compreensão de qualidade do acesso nesta perspectiva vai além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, mas compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais (...). É o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção desta atenção”.

Para o autor, esta compreensão está relacionada à competência de um determinado grupo em procurar e obter a atenção desejada, que envolve algumas dimensões: disponibilidade de recursos de saúde; capacidade desses recursos em produzir serviços; conjunto de prováveis obstáculos na busca e obtenção da atenção; características da população na busca e obtenção da atenção (poder de utilização).

O sistema de atenção ao HIV/SIDA em Moçambique se dá por meio de uma estrutura baseada no conceito funcional denominada de redes integradas (RI), que visam garantir o acesso dos usuários desde o nível primário até o mais complexo. As redes integradas são compostas por serviços especializados (Hospitais de Dia; Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária; Cuidados Domiciliares), complementados por um sistema de referência de vias de acesso (unidades básicas de saúde, consulta pré-natal, bancos de sangue) e por serviços de apoio (farmácia e laboratórios).

Em termos de localização, raramente os serviços da RI encontram-se na mesma unidade de saúde, sendo comum que parte dos serviços esteja disponível somente em outros bairros ou mesmo em outros municípios. Mesmo na cidade de Maputo, que conta com as melhores condições de atendimento nas unidades que integram estas redes, o acesso aos serviços é limitado, gerando grande demanda reprimida. A carência e o despreparo dos recursos humanos que atuam nos serviços,

somados à precariedade das infra-estruturas, acabam por gerar serviços superlotados que impedem ou reduzem a possibilidade de oferecer atendimento humanizado e de qualidade, que esteja atento às demandas sociais e emocionais dos usuários.

Vale ressaltar que há uma carência imensa de recursos humanos para o atendimento nos serviços que compõem as redes integradas. São técnicos com baixa remuneração, que muitas vezes exercem essa atividade não por escolha própria, mas por falta de oportunidade de emprego em outras áreas de atividade. O Ministério da Saúde não tem uma política nacional de incentivo ou mesmo de supervisão ou formação contínua desses profissionais, que na grande maioria não apresenta preparo técnico para avaliar os efeitos do impacto do HIV na vida das pessoas e a importância da qualidade do atendimento para a adesão ao tratamento.

Considerando adesão, como Di Matteo & Di Nicola (1982:61), “um compromisso de colaboração ativa, recíproca e emancipatória entre o usuário e os profissionais de saúde, com o objetivo de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado”, essa deficiência da política de recursos humanos no país, acaba por gerar profissionais, despreparos e desmotivados, que comprometem a qualidade do atendimento, com sérias conseqüências na adesão ao tratamento e na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Para que a terapia antiretroviral tenha bons resultados é necessário 95% de adesão ao tratamento. O início tardio ou a falha na toma dos medicamentos levam ao desenvolvimento de cepas virais resistentes, que vão limitando as chances de tratamento com as combinações dos antiretrovirais disponíveis no país. Para os adolescentes e jovens, a boa adesão ao tratamento e aos medicamentos é especialmente importante, uma vez que estamos falando de uma doença que atualmente é crônica e exige um tratamento para a vida toda. Quanto maior for o tempo de permanência na terapia com medicamentos da primeira linha, melhores serão as possibilidades futuras de tratamento para eles.

Polejack e Carvalho (2005), quando discutem as barreiras e possibilidades de adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/SIDA, ressaltam que três fatores são determinantes para a qualidade da adesão: o preparo técnico e a motivação dos profissionais de saúde; a qualidade de acesso aos serviços de saúde; e a estrutura que o usuário encontra nos serviços. Para as autoras, a distância entre os diversos serviços que compõem o tratamento, o espaço de atenção individualizada, e a horizontalidade e resolutividade presentes na relação entre profissionais de saúde e usuário, são essenciais para o início precoce do tratamento e redução da progressão da doença, da hospitalização, e da morbidade associada à mortalidade.

Desta forma, a relação entre os profissionais de saúde e os usuários acaba por se revelar ainda mais significativa no contexto de precariedade estrutural que se observa em Moçambique, no qual as privações materiais, aliadas a um estado de anomia social, resultam em relações interpessoais marcadas por tensões, das quais cada um torna-se vítima e reprodutor, e que também perpassam as relações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde. As condições de sobrevivência e convívio tendem a ser gradualmente desfavoráveis, resultando em constantes e variadas formas de violação de direitos, dos quais, via de regra, os usuários não têm sequer o conhecimento. Assim, conceitos como cidadania, ética ou reciprocidade mostram-se excessivamente abstratos para pautar as relações entre estes agentes sociais.

A confluência destes fatores (deficiência no aconselhamento, despreparo dos profissionais de saúde, acesso restrito aos medicamentos, desvalorização dos aspectos psicossociais envolvidos no viver com HIV/SIDA) acaba por contribuir para a representação social da população em relação aos serviços de atenção ao HIV/SIDA, que de acordo com o relato abaixo de um dos informantes, são reconhecidos pela comunidade como locais de punição e de aceleração da morte, aos quais os adolescentes e jovens não se sentem estimulados a se vincular.

Situação que nos remete às históricas palavras de Daniel (1989): “Eu tenho AIDS e estou vivo (...) Existe, no caso da AIDS, um jogo sujo, porque não é da morte que estamos falando, é da morte civil, é da ausência de direitos, porque o morto não tem direitos. O morto é aquele que acabou (...) Sou um cadáver que atrapalha, porque não morre (...) Estamos vivos!”.

“Ouvia dizer na minha zona que os profissionais de saúde lá do Hospital de Dia tratavam as pessoas mal, que davam injeção para toda gente morrer logo, para não gastar o dinheiro do governo com análises e remédios que não iam adiantar.” (♀)

As situações relatadas denunciam a vulnerabilidade institucional das políticas de saúde de Moçambique, se apresentando como fortes indicativos da invisibilidade dos adolescentes e jovens soropositivos nos serviços de saúde.

3.3.3. Participação no Grupo de Convivência: Conectando saúde, rede de proteção e participação social.

Como já discutido no referencial teórico deste estudo, a concepção de promoção da saúde tem sido cada vez mais difundida no campo da saúde pública, por permitir maior abrangência das ações que respondem aos problemas de saúde dos usuários e da comunidade em que estão inseridos. Seu foco está centrado no protagonismo dos usuários e na capacidade de desenvolverem habilidades e poder de atuação em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos ativos. Esta participação perpassa, basicamente, pelos seguintes elementos: 1) reconhecimento dos usuários por parte dos profissionais de saúde, como sujeitos no processo de cuidado com a saúde e não somente como objeto de práticas e prescrições; 2) conscientização dos usuários quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa dos próprios interesses, participando das instâncias decisórias dos serviços a que estão vinculados; 3) incentivo à ampliação das redes de proteção

dos usuários, envolvendo diversos atores, como profissionais de saúde e familiares; 4) estímulo ao protagonismo e participação social dos usuários, dentro e fora do serviço, na defesa dos próprios interesses e das questões que afetam a sua comunidade. (ANDRADE, 2002)

A participação no grupo de convivência, que desde sua concepção tentou assegurar que os elementos acima referidos estivessem presentes no seu desenvolvimento, provocou mudanças na vida dos informantes, observadas por objetivações que denotaram transformações subjetivas. Algumas percepções e fatos observados neste período da vida dos adolescentes e jovens participantes deste estudo são apresentados a seguir. Serão enfocados três aspectos, considerados fundamentais para a resiliência das pessoas vivendo com HIV/SIDA, de acordo com a literatura consultada e discutida no referencial teórico deste estudo: ampliação das suas redes de proteção, aqui enfatizada pelas relações dos informantes com seus pares, profissionais de saúde, familiares e parceiros (as); adesão ao tratamento; e protagonismo e participação social

Ampliando a rede de proteção

Para Seidl (2006), que investigou a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da Escala de Suporte Social para as pessoas vivendo com HIV/SIDA no Brasil, a busca de suporte social constitui-se também uma estratégia de *coping* para lidar com situações de estresse. Em seu estudo, a autora resalta alguns aspectos levantados por Thoits apud Seidl (2006) relativos à associação entre suporte social e enfrentamento: 1) os apoiadores podem auxiliar no convívio com situações estressantes e facilitar a utilização de determinadas estratégias de enfrentamento, como orientações sobre o problema; 2) os apoiadores podem ajudar a manter a auto-estima da pessoa em situação de estresse; 3) eles podem propiciar *feedback* e encorajamento, mantendo um sentido de competência e controle da situação.

As redes sociais de proteção formadas por familiares, amigos, entes queridos, e profissionais de saúde, atenuam os efeitos do estresse de se descobrir soropositivo, fornecendo suporte nas formas de afeto, atenção, cuidado, preocupação. A ausência deste suporte potencializa a dificuldade no trato com a situação de estresse.

Os informantes deste estudo, ao se sentirem mais fortalecidos na convivência com seus pares e com os profissionais de saúde, se movimentaram na busca de ampliar suas redes de proteção, que envolveu transpor difíceis barreiras, como o compartilhamento do diagnóstico com a família e com os respectivos parceiros.

Adesão ao grupo de convivência: o encontro dos pares

Como já nos referimos na parte introdutória deste trabalho, o grupo de convivência foi um dispositivo utilizado pelo SAAJ para promoção da saúde, compreendido como um espaço voluntário de interação entre os usuários, com ênfase no viver e conviver com o HIV/SIDA. Por ocasião do seu planejamento havia uma expectativa entre os profissionais de saúde e os gestores do Programa, baseada na experiência de outros países africanos, de que o grupo não conseguiria se consolidar, na medida em que a exposição dos usuários frente aos outros seria um grande impeditivo.

No entanto, para surpresa da equipe, no dia marcado para iniciar a primeira sessão sete usuários se apresentaram no serviço, e a cada semana pelo menos um novo membro se integrava ao grupo. De acordo com os relatos dos informantes, sentiram-se estimulados em participar pelo desejo de compartilhar seus sentimentos com seus pares e de conhecer como eles estavam convivendo com a soropositividade.

“Soube do grupo pela médica aqui do SAAJ. Era difícil eu aparecer, porque tinha medo de encontrar pessoas doentes e cheias de feridas. Um dia resolvi ir. Foi uma decisão difícil, mas precisava ter com quem conversar. Achei que era bom ver outras pessoas para saber que eu não

estava sozinha. Apesar de ouvir na rádio que era muita gente, achava que era só comigo”. (♀)

“Fui muitas vezes convidada pelas enfermeiras e não foi fácil aceitar. Tinha medo de ir lá e conhecer pessoas que me conheciam e contar para pessoas da minha zona. Mas precisava conversar com outros iguais a mim. Ao chegar me senti tão bem recebida, que não quis mais sair do grupo. Primeiro esclareceram as minhas dúvidas, fiz muitas perguntas no primeiro dia, depois pude ver que têm pessoas que estavam na mesma situação que eu e a viver muito bem”. (♀)

Quando recebi o resultado do teste positivo, já me falaram do grupo. Precisava conversar com alguém, falar da minha situação, saber o que eles estavam a fazer para sobreviver. Como eram os remédios, se toda gente adoecia com frequência, se o tratamento era bom. Não importava se eram homens ou mulheres. Cheguei lá, creio, dois sábados depois e já sabia que todos eram seropositivos. (♂)

O que esses relatos revelam é que o SAAJ conseguiu atender a uma demanda pré-existente entre esses jovens, que aponta para um espaço de trocas intersubjetivas entre iguais, no que se refere à sua condição sorológica e geracional. Outra questão que aparece claramente nesses relatos diz respeito às expectativas de uma decrepitude física, associada no senso comum ao HIV/SIDA, que o SAAJ permitiu desconstruir entre esses jovens, contribuindo assim para uma redefinição da noção de doença e doente, desconstruindo preconceitos, redefinindo a imagem da soropositividade e propiciando adesão ao grupo e ao tratamento.

A disponibilidade para a participação voluntária em expor suas histórias, medos e preocupações perante o grupo e a rápida integração entre os participantes, foram os principais aspectos observados pelos facilitadores desde a primeira sessão do grupo. Estes fatores foram determinantes da alta adesão dos participantes ao grupo ao longo do tempo, reafirmando os estudos sobre grupos de convivência com pessoas vivendo com HIV/SIDA realizados em países como o Brasil (MUNARI & RODRIGUES, 1997), Portugal (AGUIAR, 2001) e Estados Unidos (BERNSTEIN & KLEIN, 1995), onde se observou alta adesão dos usuários aos grupos desta natureza; em contrapartida aos estudos realizados em países

africanos, como Tanzânia, Angola e Zimbábue (ACORD, 2006), onde as experiências com grupos desta natureza não tiveram êxito pela baixa adesão dos usuários, decorrente do medo de sua exposição pública.

Bowlby (1998) considera que as pessoas podem ser mais generosas e fortes quando se encontram apoiadas por seus pares. Afirma que esse apoio tem a capacidade de produzir em cada um de nós efeitos extremamente positivos, alavancando vínculos e capacidades que não supomos possuir. O grupo de convivência, ao se estabelecer como um espaço de interação entre os pares e os profissionais de saúde, gerou mudanças não só na vida pessoal e profissional dos seus participantes, como no funcionamento do serviço, conforme podemos observar a seguir.

Reforçando o vínculo com o serviço de saúde

A presença dos participantes do grupo aos sábados no período da tarde, período em que o SAAJ se encontrava fechado ao público, exigiu um procedimento administrativo. Era necessária a presença de um técnico da área de enfermagem no local para abrir e fechar as dependências, assim como zelar pela segurança dos equipamentos. Inicialmente eles ficavam em uma das salas de atendimento lendo ou exercendo alguma atividade pessoal. Por decisão dos participantes, esses profissionais que se alternavam em plantões semanais passaram a ser convidados a participar das sessões do grupo, marcando o início da aproximação dos outros membros da equipe técnica com os participantes do grupo, compartilhando vivências, sentimentos e opiniões, que vieram a se refletir positivamente na qualidade do atendimento.

A participação destes profissionais nesta forma de atendimento “pouco usual”, como algumas vezes os técnicos se referiram ao grupo, ao mesmo tempo em que causou estranheza inicial, os estimulou a participarem mesmo nos dias em que não estavam de plantão. O grupo passou a ser referido pelos profissionais com entusiasmo nas reuniões técnicas do serviço e pelos usuários nas suas consultas

regulares, despertando o interesse dos profissionais médicos, que também passaram a participar espontaneamente de algumas sessões de grupo.

Podemos perceber assim dois movimentos importantes entre os jovens participantes e os profissionais do serviço, que de forma complementar definiu o perfil e o ambiente do espaço que se formou no SAAJ. De um lado, aos jovens foi propiciada e estimulada a possibilidade de exercício de escolha e arbítrio quanto ao funcionamento do serviço, que lhes propiciou uma experiência de reconhecimento enquanto sujeitos nos serviços e conseqüente empoderamento, que resultou em ações próprias definidoras de relações com o serviço e seus profissionais. Por outro lado, aos profissionais foram abertas possibilidades de novas formas de atuação no serviço baseadas em disponibilidades voluntárias de inserções diferenciadas e relacionamento com os usuários para além das funções a eles atribuídas pela administração.

O que se viu foi uma redefinição de sujeitos e de relações no serviço e conseqüente redefinição das relações complementares entre profissionais e usuários, fruto de livres escolhas e auto-determinações, que resultaram em formas renovadas de apropriação do serviço por ambas as partes – não como objetos de ações administrativas, mas como sujeitos de ações negociadas entre pares. Enfim, o espaço e suas relações foram definidos pelas interações que os próprios sujeitos produziram e negociaram. O que é fundamental apontar é que essas possibilidades foram garantidas pelo SAAJ enquanto um serviço público atento a essas demandas e aberto a novas formas de inserção de profissionais e usuários. É o que revela o relato de um informante a seguir:

“Agora também me sinto mais à vontade nas consultas. As enfermeiras e a doutora também vão ao grupo e lá fomos aproximando nossas mentes, fico bem mais à vontade na consulta”. (♂)

Esse novo espaço, que ofereceu aos diferentes agentes sociais envolvidos oportunidades de interações dialógicas perpassadas pelos princípios de autonomia,

dignidade, democracia, responsabilidade e auto-cuidado, foi por diversas vezes referido tanto pelos participantes, como pelos profissionais, como uma inovação, uma nova forma de relação, um novo aprendizado, uma nova forma de promover saúde. Como efeito, a coordenação do serviço solicitou aos integrantes do grupo que elessem um casal de jovens, que passaram a participar das reuniões técnicas de planejamento e avaliação das atividades do serviço. Como a participação dos usuários nos mecanismos de decisão dos serviços e controle social não é uma prática comum em Moçambique, esta participação foi observada como um indicativo do efeito mobilizador e transformador do grupo na dinâmica do serviço.

“O grupo me ensinou a ser honesta, porque lá a gente fica com vontade de só falar a verdade, porque eu sinto que todos falam a verdade. Ninguém está lá para mentir. Não importa o que falamos. Ninguém vai deixar de gostar, de ser amigo um do outro por isso. Eu não sabia que podia reunir pessoas e todas poderem falar o que são, o que acham, sem ter confusão de perder a amizade, ou ficar a falar um do outro. Foi uma novidade, uma coisa que eu não imaginava que pudesse existir. Depois do grupo não tenho mais vergonha. Aprendi que tudo pode ser falado, mesmo com pessoas mais velhas, sem desrespeitá-las ou me tomar de vergonha. Hoje sou muito informada e sei seguir o meu tratamento” (♀)

O conceito de *empowerment* (empoderamento) tem sido examinado em diversas disciplinas e campos profissionais recebendo larga variedade de definições, abrangendo diferentes dimensões: individual; organizacional e comunitário (ISRAEL et al, 1994). O *empowerment*, como processo e resultado, é visto como emergindo de ações sociais, no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com os outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção de capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder. No contexto de saúde, o *empowerment* pode ser observado por mudanças tais como os usuários passarem a conformar uma voz na organização, a adotarem postura mais ativa no tratamento e no serviço, participando dos espaços de decisão.

Cada vez mais os participantes iam se apropriado do grupo, na medida em que voluntariamente organizavam o espaço físico para a realização das sessões (que tiveram de deixar a sala de reuniões para ocorrer na sala de espera pelo aumento sucessivo de novos participantes); preparavam a lista de presença, e se incumbiam de recepcionar os novos participantes antes do início das sessões. A ligação afetiva e o compromisso entre os participantes do grupo se manifestavam em pequenas atitudes, tais como o hábito voluntário da maioria dos participantes de enviar mensagem telefônica aos demais membros do grupo informando as razões de sua ausência na sessão. O vínculo estabelecido entre os participantes do grupo se estendeu para além do serviço de saúde, que se organizavam em atividades conjuntas de lazer.

Este ambiente de integração passou a ser um fator determinante de adesão dos novos participantes. Os usuários que participavam pela primeira vez no grupo relatavam, com surpresa, que estavam à espera de um encontro com jovens doentes, deprimidos e desesperançosos. Porém, acabaram por se deparar com jovens ativos, solidários, amigáveis, o que os estimulavam a retornar.

“Sabia do grupo, mas não ia porque não sabia que tipo de pessoa ia encontrar lá. Achava que ia encontrar pessoas infelizes, tristes, lamentando a vida, de perspectivas ruins, como eu. Que era um grupo que só falava do HIV e eu queria ficar de lado, pois não queria ficar a ouvir lamúrias. Minha companheira teve muitos efeitos colaterais do remédio. Ficou muito deprimida e resolveu ir. Ela me falava que não era como eu estava a pensar, que o grupo era bom, que as pessoas eram diferentes, que viviam com a mente positiva, que nem parecia que viviam com o HIV. Eu não acreditava, achava que ela falava assim só para eu ir com ela no grupo. Um dia eu fui porque o pessoal ia fazer um teatro e a minha companheira ia participar. Eu fui assistir. Nunca mais deixei de ir. Cada encontro é uma nova experiência. Estou a aprender a viver positivamente, a enfrentar a vida nessa condição, fazer novos planos, Sinto que sou capaz de planificar e apanhar os meus sonhos”. (♂)

Kuhanya: o contágio da vida

Os participantes decidiram que aquele grupo deveria ter um nome, uma marca que pudesse caracterizar o que aquele espaço representava para eles. Vários nomes foram sugeridos pelos participantes, sendo eleito pela grande maioria, o nome de KUHANYA, que em Changana, uma das 19 línguas locais, significa VIDA. Os participantes que defenderam a escolha por este nome utilizaram como argumento o fato de que o grupo representava para eles o resgate da vida e o término de uma vivência silenciosa, permeada por sentimentos de morte e rejeição social, conforme expressou uma das informantes neste dia:

“O grupo deve se chamar Kuhanya, porque foi vida que encontrei neste grupo. Quando cheguei cá, era triste, pensava todos os dias na morte e agora quero viver, apanhar o futuro. Tem de chamar kuhanya! Acho bom o nome ser em shangana, porque toda gente aqui no Maputo pode entender”. (♀)

A exposição dos informantes ao grupo Kuhanya, com todos os riscos inerentes, proporcionou um novo tipo de contágio: O CONTÁGIO DA VIDA. Propiciou assim a construção de uma nova relação de prazer no viver, alterando a moral instituída para uma nova estética de existência, na qual a resiliência permite novas possibilidades, criando, explorando e experimentando um novo modo de ser e de existir. Isso lhes permitiu escapar do controle social, opondo resistência contra viver invisível, os discursos hegemônicos e a exclusão que a SIDA determina aos seus portadores em Moçambique.

Nomear o grupo pode ter sido uma maneira de objetivar uma intersubjetividade construída no compartilhamento do grupo. Um processo de objetivação de uma identidade que transcende a individualidade de cada um dos participantes, mas que por outro lado também compõe as individualidades presentes no grupo.

Compartilhando o diagnóstico com os familiares

O compartilhamento do diagnóstico com os familiares foi uma das objetivações observadas, aqui ressaltada por ter se constituído para os informantes um dos obstáculos mais temidos frente ao diagnóstico, conforme já discutido anteriormente neste capítulo. As sessões do grupo que abordaram esta temática foram reveladoras do desejo e do medo que envolvia este ato de compartilhamento. Consideravam que a revelação para a família era imprescindível na construção de sua rede de proteção e temiam que seus pais pudessem saber por outras formas (através de pessoas, infecções oportunistas advindas da SIDA, encontrar os medicamentos antiretrovirais em seus pertences) e sentirem-se “traídos ou “não merecedores de confiança”, agravando ainda mais a situação.

De acordo com Silva, (2002), ao deparar-se com o diagnóstico positivo, a pessoa convive com dois tipos de ansiedade: estar com a doença ou portar o vírus, que demarca o limite de sua existência, acrescido da preocupação de como revelar esta situação às pessoas próximas, principalmente para a família. Ainda para a autora, esta questão geralmente está relacionada às representações sociais da SIDA, que traz à tona os valores, as normas e os comportamentos interiorizados no processo de socialização primária, sendo a família o principal agente desta socialização. Desta forma, quando acontece algo que foge aos padrões da norma apreendida, a primeira instituição a ser lembrada é a família.

É notório encontramos nos estudos que investigaram a resiliência com foco no indivíduo (WERNER, apud YUNES, 2003), o destaque para disposições e características individuais (sexo, personalidade, e *background* genético), como os principais fatores que auxiliam ou dificultam o processo de resiliência. Estas “características” são geralmente ilustradas por histórias de pessoas que conseguiram superar momentos de crises e de outras que sucumbiram a eles, apesar de terem tido trajetórias semelhantes. No entanto, estudos mais recentes (WALSH, 2000) já se moldam numa abordagem relacional, ressaltando a

importância de se considerar o grupo familiar e o contexto sociocultural do indivíduo no processo de resiliência.

Os debates nas sessões de grupo foram uma fonte de encorajamento para que os informantes colocassem em prática o desejo da revelação. Nas sessões posteriores ao compartilhamento com os pais, relatavam a situação vivenciada com os outros participantes, comumente se utilizando de palavras de estímulo e de encorajamento, para que os outros também o fizessem. A reação positiva dos pais e o alívio que sentiam por não terem mais de carregar este segredo, eram aspectos que exaltavam.

A reação dos familiares frente ao diagnóstico foi avaliada pelos informantes como positiva, permeada por palavras de encorajamento, sem manifestações de rejeição ou questionamentos das possíveis razões que poderiam ter causado a infecção. Um fato marcante observado é que, apesar das reações não terem sido discriminatórias, muitos destes familiares não voltaram a dialogar sobre o assunto com seus filhos.

“Meu pai reagiu bem. Fez coisas nesse dia que nunca tinha feito antes: sentar comigo e conversar. Ele sabe, ouviu, mas nunca mais tocou no assunto. Minha mãe fala de saídas noturnas e da comida, mas não fica a me perguntar como me sinto, o que estou a pensar, se estou com medo. Ela considera o conselho e não o sentimento”. (♀)

“Quando contei para os meus pais lá em casa, estava com muito medo da reação deles, embora eu já estava a ouvir de muitas raparigas no grupo que os pais não as estavam a maltratar. Eles me escutaram e não falaram nada. Foram voltando a fazer as tarefas lá de casa. Eles ficaram indiferentes. Eu nem podia acreditar, achei estranho, mas me sentia aliviada”. (♀)

“Falei para a minha mãe num dia de sábado quando sai do grupo. Estávamos a falar nisso e voltei para casa com essa idéia na minha mente. Mesmo assim estava com medo dela ficar decepcionada. Eu contei chorando, mas ela não chorou. Ela só disse para eu não ficar nervoso e que devia me alimentar bem. Ela não falou mais nada sobre isso, nem quando me vê nervoso por alguma coisa. Nem sei se ela contou para o meu pai, ela nunca me falou”. (♂)

Apesar do presente estudo não trazer elementos suficientes que possam apontar caminhos para compreender as possíveis razões para esta reação silenciosa dos pais, que surpreendentemente, se apresentou com as mesmas características e de forma significativa entre os informantes, senti a necessidade de fazer algumas considerações, pela importância que a família tem na constituição da rede de proteção das pessoas que vivem com HIV/SIDA.

Estudos revelam que os significados que cada cultura atribui à doença podem influenciar as reações dos pais frente à soropositividade de seus filhos. Cada família possui uma movimentação singular, interpretando a situação de acordo com a sua cultura e códigos, que acabam por determinar o tipo de comunicação e de comportamento entre os familiares (SOUSA, 2004; KROKOSCZ, 2005). Para os adolescentes e jovens, um fator determinante no compartilhamento de situações que envolvem a sua sexualidade com os seus pais, é a forma de comunicação estabelecida no processo interativo entre eles ao longo do tempo. A forma de condução e os desdobramentos das situações informadas dependem do grau de comunicação interativa entre as partes, da compreensão e do se fazer compreendido.

Partindo dessa premissa, o silêncio dos pais pode estar na dificuldade de diálogo com os filhos, como já discutido anteriormente neste capítulo. Falar com os filhos sobre a soropositividade, para eles pode implicar em adentrar em um terreno na qual nunca trilharam lado a lado: é ter de falar de sexo, de sexualidade, dos possíveis motivos que causaram a infecção, assuntos com quais não se sentem confortáveis em abordar no seio familiar. O silêncio pode estar sendo utilizado para manter afastada uma realidade a qual não se quer falar/aceitar. As representações sociais da SIDA em Moçambique parecem estimular uma espécie de contrato social entre pais e filhos soropositivos que se revelam em palavras não ditas e em ações não dialógicas.

Outro aspecto a ser considerado, advém da minha participação numa sessão do grupo, reservada exclusivamente para os pais. Partindo da constatação de que era rara a presença dos familiares dos usuários no serviço, seja para acompanhar seus filhos nas consultas, seja para obter algum tipo de informação, a equipe técnica do SAAJ entendeu ser importante convidá-los numa perspectiva de aproximação e abertura de um canal de comunicação.

Este encontro ocorreu quando o processo deste estudo já se encontrava em fase de análise de dados, numa altura em que o grupo Kuhanya já se encontrava com uma média semanal de 65 participantes. O grupo ocorreu num dia de sábado, com a presença de 23 familiares, no mesmo local e horário em que ocorrem os encontros semanais do grupo, sendo que neste dia seus filhos os acompanharam até o local, os apresentaram e se retiraram para uma atividade conjunta externa de lazer.

O principal interesse apresentado pelos pais nesta sessão foi de ampliar seu nível de informação sobre alguns aspectos relacionados ao HIV/SIDA. Seus questionamentos versaram, principalmente, sobre medidas de prevenção que deveriam ser adotadas em casa para evitar a infecção em outros membros da família (principalmente em relação à lavagem de roupa, compartilhamento de objetos cortantes e machucados que envolviam sangramento); sobre o acesso e indicações para o uso dos medicamentos antiretrovirais; informações nutricionais de restrição ou estímulo do consumo de alguns alimentos específicos; implicações do uso do álcool e tabaco e de saídas noturnas para o tratamento; probabilidade de seus filhos gerarem filhos saudáveis.

Ao terminarem de apresentar suas demandas à médica coordenadora do SAAJ, os participantes foram estimulados a falar sobre quais eram as suas principais preocupações em relação à soropositividade dos seus filhos. Relataram que não tinham atualmente nenhuma preocupação em relação a seus filhos, na medida em que eles se encontravam bem de saúde e alegres, e que iriam se preocupar caso

seus filhos manifestassem alguma doença grave. Ressaltaram de forma bastante significativa que o desemprego que atinge os membros de sua família e a luta diária para conseguir prover a família das necessidades básicas são suas reais preocupações, pois nunca sabem como será o dia seguinte.

A convivência com a soropositividade dos filhos pode estar trazendo a esses pais um cotidiano onde estão presentes categorias polares e contraditórias, na medida em que o período assintomático pode provocar desordens e incertezas referentes a um mal que é real e irreal ao mesmo tempo, colocando os filhos numa categoria especial de indivíduo, que nem é saudável, nem doente.

Nesta perspectiva, o silêncio dos pais frente ao diagnóstico dos seus filhos talvez possa ser analisado por duas perspectivas: a noção de doença perpassa, necessariamente, pelo sintoma físico; há uma hierarquização das preocupações, uma vez que se tem premência e urgência em manter o sustento da casa, na perspectiva de subsistência. A não concretude da doença manifestada em sintomas físicos (que corresponde ao período assintomático no qual a maioria dos informantes se encontrava) e que, teoricamente, não demandava cuidados imediatos por parte da família, parece ser “minimizada” frente a outras preocupações relativas à subsistência cotidiana sendo, de alguma forma, secundarizada em relação às necessidades mais imediatas e concretas no seio da família.

Estes aspectos denotam a vulnerabilidade social em relação ao HIV/SIDA em contextos de pobreza, como é o caso de Moçambique, no qual a maioria da população vive em regime de economia de subsistência, do mercado informal e sob altas taxas de desemprego, que impõem uma grande instabilidade econômica aos grupos familiares e indivíduos. Não se pode afirmar que a SIDA não mobilize estes familiares – tanto que os pais foram ao grupo quando convidados e demonstraram interesse - mas ela pode estar sendo “negociada” com outras urgências mais concretas (ainda que se possa reconhecer que o diagnóstico é uma

realidade concreta). A ausência de sintomas físicos no período assintomático parece não indicar a presença de uma doença que demande atenções imediatas, resultando em secundarização da soropositividade dos filhos frente às premências da subsistência cotidiana familiar. Esta pode ser uma das chaves para entender a resposta social ao HIV/SIDA em Moçambique, que é proporcionalmente pequena em relação à magnitude dos índices de prevalência e mortalidade.

O silêncio dos pais não é percebido pelos informantes como demonstrações de falta de cuidado ou desconsideração. Realçam que a preocupação dos pais pode ser observada em determinadas atitudes, que não ocorriam antes da revelação do diagnóstico: dar mais dinheiro para transporte; trazer frutas com mais frequência; não permitir que realizem tarefas domésticas que exijam esforços físicos, como lavar roupa ou limpar o quintal.

“Eu sei que ela está preocupada comigo, porque não me deixa mais lavar o quintal nem cuidar da casa para que eu possa descansar” (♀)

“Meus pais me observam, falam para eu não estudar tanto, que eu canso demais. Eles acham que eu posso ficar doente” (♀)

“Depois que souberam, retiraram algumas tarefas. Não preciso mais ajudar meu irmão na tabacaria (local de venda de miudezas)”. (♂)

“Minha mãe sempre diz que não devo mais caminhar na praia, que eu posso cansar muito”. (♂)

As informações dirigidas às pessoas vivendo com HIV/SIDA em Moçambique, divulgadas pelos meios de comunicação antes da chegada dos medicamentos antiretrovirais no país, ressaltavam algumas medidas de auto-cuidado como forma de evitar ou combater as infecções oportunistas ocasionadas pela SIDA. Como o acesso aos medicamentos ainda é restrito, estas informações continuam a ser realçadas pelos materiais educativos e profissionais de saúde, como um importante recurso para se proteger dos “ataques do vírus”. Estas recomendações contemplam a boa alimentação (ingestão diária de frutas e verduras); o descanso

(aumentar as horas de sono e não realizar tarefas que exijam esforço físico), e o total abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

Apesar de estas medidas contribuírem para a qualidade de vida das pessoas, sejam soropositivas ou não, acabam por impor restrições, na maioria das vezes desnecessárias, por não apresentarem respaldo técnico. Estas restrições, como forma de cuidado, têm estimulado os informantes a abandonarem determinadas responsabilidades e atividades importantes para o seu desenvolvimento físico e mental (fazerem caminhadas na beira da praia, ajudar nas tarefas domésticas, diminuir as horas de estudo, participar de festas de amigos), numa perspectiva de invalidez e incapacidade social, que acabam por reforçar sentimentos de diferenciação, inutilidade e segregação social.

Compartilhamento do diagnóstico, com o(a) parceiro(a) e uso do preservativo

Na medida em que a participação nas sessões do grupo contribuía para aumentar o nível de conhecimento dos participantes sobre as questões sociais, éticas, emocionais e clínicas que envolvem o HIV e a SIDA, aumentava também a necessidade dos informantes que mantinham um relacionamento fixo em compartilhar a soropositividade com os(as) namorados(as). Consideravam importante alertá-los(as) a procurarem o teste e que a revelação faria se sentirem mais aliviados(as) e protegidos(as). As mulheres ressaltavam ainda que o compartilhamento do diagnóstico, se não gerasse o fim do relacionamento, poderia facilitar a negociação do uso do preservativo, evitando a reinfeção caso seus namorados também estivessem infectados.

Cabe ressaltar que o compartilhamento com amigos(as) apresentou-se quase nulo nos relatos dos informantes de ambos os sexos. Esta atitude foi justificada nas sessões do grupo de convivência por acreditarem que os amigos não são merecedores de confiança para dividir informações dessa magnitude.

Acreditavam que na primeira desavença que pudesse ocorrer, fariam uso desta informação revelando a outras pessoas. Familiares como cunhados(as) e primos(as) também eram vistos desta forma pelos informantes.

As situações e seus desdobramentos, referentes a vivencia (ou não) do compartilhamento do diagnóstico com os(as) parceiros(as), passo a apresentar a seguir.

A autonomia masculina

Os informantes do sexo masculino foram os primeiros a revelarem a soropositividade às suas namoradas. Os seus relatos sugerem que a realização desta tarefa apresentou menor grau de dificuldade, do que o observado em relação às informantes do sexo feminino.

"O grupo mudou a minha mente de pensar que não devia falar para a [citou o nome da namorada]. Estávamos a tomar um chá numa pastelaria [padaria] quando resolvi dizer a ela. Ela ficou assustada, mas eu falei que havia tratamento e que eu conhecia onde ela podia fazer o teste. Acreditava que ela não ia me abandonar. Acompanhei o teste e deu positivo. Hoje estamos a fazer o tratamento aqui e pensamos um dia em nos casar e ter filhos sem a SIDA". (♂).

"Um dia as raparigas lá do grupo me disseram que era desrespeito não contar a ela e me convenceram a fazer a comunicação. Ela reagiu como eu estava a pensar. Continuou do meu lado. Ficou a perguntar sobre o SAAJ e sobre o grupo e eu fiquei a contar. Ela não chorou, só ficava a falar que tinha medo quando os pais dela soubessem e que era bom continuar o namoro. Estamos juntos até hoje e como sabes, ela também está a freqüentar o grupo. Combinamos de contar para os pais no mesmo dia. Depois ela ligou que já havia contado e que os pais não zangaram. Desliguei o telefone e contei para a mamá". (♂).

Como já referido anteriormente neste capítulo, a associação do HIV com infidelidade e promiscuidade sexual é um dos principais impeditivos para que as mulheres compartilhem o diagnóstico com os namorados. Em Moçambique, ser infiel e ter muitas parceiras não são comportamentos que geram depreciação

social masculina (CNCS/PEN II, 2004), e rejeitar o namorado ou marido soropositivo não é uma prática usual no atual contexto do país (PNUD, 2005). A identidade social dos homens e mulheres, culturalmente construída na base da desigualdade de poder entre os sexos, parece tornar o homem mais confiante em fazer a revelação para a sua namorada, na medida em que já prevê que não será acusado ou rejeitado, conforme observado claramente nos seus relatos acima apresentados.

A adoção do uso regular do preservativo também ocorreu primeiramente pelos informantes do sexo masculino, provavelmente pela autonomia que o homem tem em decidir pelo seu uso nas relações sexuais, contrariamente às mulheres, que na maioria das vezes, dependem de uma difícil negociação. Os rapazes, ao aderirem ao sexo seguro, passaram a usar o preservativo em suas relações sexuais, independentemente do tipo de relacionamento que mantinham com a parceira (fixo ou eventual) ou de terem comunicado seu diagnóstico a ela.

“Estás a recordar daquele dia que debatemos no grupo que o cuidado com o outro deve ser igual à prenda do cuidado que havíamos de querer receber. Neste dia decidi que ia sempre usar preservativo. Depois só tive relações com poucas raparigas. Sempre usei o preservativo, elas nunca perguntaram porque eu estava a usar, não falaram nada”. (♂)

“Passei a usar o preservativo sempre, nem pergunto se elas querem. Uma vez só que eu estava muito atentado e outra vez o preservativo rasgou. Só percebi quando fui deitar fora. Só faço com ele coberto” (♂)

“Uso sempre. Minha parceira também é seropositiva e somos informados da reinfecção¹⁴”. (♂)

¹⁴ Denomina-se de reinfecção quando uma pessoa soropositiva recebe uma carga de vírus de outra pessoa infectada. Quando ocorre a reinfecção pelo HIV, podem-se receber cepas de vírus diferentes das de origem, que eventualmente podem ter maior poder de infectividade causando maiores danos. Outro problema é que esse novo tipo de vírus pode ser resistente a determinados medicamentos antiretrovirais ainda não utilizado pela pessoa, impedindo seu emprego futuro.

A divisão entre as mulheres

Por ocasião dos dias que antecederam a finalização da fase empírica deste estudo, as informantes dividiam-se em três grupos em relação ao compartilhamento do diagnóstico com o namorado. A grande maioria das informantes dividia-se praticamente na mesma proporção, em dois grupos: as que haviam comunicado seu namorado e as que ainda não se sentiam preparadas para fazê-lo. Num terceiro grupo encontrava-se um número reduzido de mulheres que optaram por terminar o relacionamento a terem de enfrentar esta situação.

Contei para ele

Para a grande maioria das informantes que revelou a soropositividade ao namorado, as temidas atitudes de acusação, rejeição e abandono não vieram a se concretizar. No entanto, o que se pôde observar é que o compartilhamento do diagnóstico, para muitas delas, não contribuiu para a adoção de medidas preventivas, na medida em que os namorados não procuraram conhecer seu estado sorológico e continuaram a recusar o uso do preservativo nas relações sexuais, persistindo o risco da infecção, da reinfecção e da gravidez não planejada. Poucos foram os namorados que procuraram conhecer seu estado sorológico ou passaram aceitar o preservativo.

“Tinha muito medo de contar para ele, mas precisava contar porque ele tinha de saber. Tinha de fazer o teste e se tratar. Depois ele podia saber e dizer que eu não contei. Se fosse para me rejeitar, que fosse logo agora. Num dia de sábado, saí do grupo e tive a conversa. Ele me disse para fazer o tratamento e seguir a minha direção na vida, e que ele não ia me abandonar. Achei que ele estava a mentir, que ia me abandonar depois. Mas ele não me abandonou. Acho que ele gosta mesmo de mim. Apesar de saber, não aceitou fazer o teste e continua a não aceitar usar o preservativo, mas eu continuo a alertar do preservativo”. (♀)

“Não conseguia mais viver ao lado dele sem contar. Já falava no grupo que não podia viver mais na falsidade. Um dia ele foi à minha casa e comecei a falar de SIDA e acabei por contar que estava a fazer tratamento. Ele não me perguntou como eu apanhei e aceitou. Ele ainda não fez o teste, só me pede para não falar mais no assunto. Toda vez que

deitamos juntos eu comunico do preservativo mas ele continua a rejeitar. Fico a pensar que ele já sabe que tem o vírus, ou prefere não saber.”. (♀)

“Tive tanto medo de falar e ele parece que não acredita que é verdade que eu apanhei o HIV. Tenho na minha mente que é isso que faz ele não aceitar o preservativo. Já estive a explicar muitas vezes e ele continua a não aceitar. Como eu já falei para ele e ele não aceitou, então não me sinto mais culpada. Já falei até com a minha futura sogra, ela não gostou, mas não falou nada para ele passar a usar”. (♀)

Os relatos são reveladores de que a participação no grupo estimulou a problematização dos aspectos envolvidos no compartilhamento do diagnóstico com os parceiros, contribuindo para a tomada de decisão. Ao revelarem sentiram-se aliviadas e desculpabilizadas. Porém continuaram a viver uma relação desigual de poder com o companheiro, que sugere que a hierarquia de gênero não foi profundamente modificada: se por um lado, sentiram-se fortalecidas para revelar o diagnóstico o parceiro; por outro continuaram sem conseguir negociar o uso do preservativo, mesmo conscientes que estão sujeitas à reinfeção. Outro aspecto que aponta para a manutenção dessa desigualdade de poder é que não conseguiram convencer os parceiros a procurarem o teste, aceitando a imposição de não se falar no assunto.

A atitude de aceitação dos namorados contraria os escassos estudos no país com pessoas soropositivas (KIMDLIMUKA, 2001; RENSIDA, 2005), o discurso observado em diversas publicações (CNCS/PEN II, 2004; UNAIDS, 2005) e o senso comum, que enfatizam as reações agressivas e desumanas dos maridos ou namorados quando são comunicados da soropositividade de suas parceiras, manifestadas por humilhação pública, expulsão do lar, e perda de direito sobre seus bens materiais. Este fenômeno coloca-se, portanto, como um importante objeto a ser investigado, no qual devem ser observadas algumas especificidades deste estudo: trata-se somente de jovens urbanos, num ambiente permeado pela conjugação de aspectos tradicionais e modernos; não há estudos com pessoas vivendo com HIV/SIDA no país, realizado exclusivamente com adolescentes e jovens.

Ainda não contei para ele

As informantes que não haviam revelado seu diagnóstico ao parceiro relataram que ainda não se sentiam preparadas para fazê-lo, por acreditarem que com elas o desfecho da história seria diferente.

“Não contei ainda para ele. Fico com medo da reação dele. Vejo que muitas amigas do grupo já contaram e que não foram abandonadas, mas no meu caso acho que é diferente. Já falei para irmos fazer o teste juntos, mas ele nunca quis. Estou a apanhar coragem. O senhor acha que eu vou conseguir? Me sinto mal disposta, culpada em ter a relação sem o preservativo, mas o que posso fazer?”. (♀)

“Não contei que sou soropositiva . Não tenho base ainda para defender essa tese com ele. Sei que não devo correr riscos de não usar preservativo. Posso estar a trazer mal a ele e a mim, mas é difícil contar a minha situação. Vai ser confusão que ainda não sei como enfrentar ”. (♀)

“Não sei o que fazer para contar. Não queria ser eu a contar, porque ele teria medo de fazer o teste. Achei que deveria achar uma forma dele fazer o teste. Se desse positivo eu também ia contar que tinha feito. Se ele não quisesse fazer o teste, então eu haveria de lhe deixar. Ele não aceita fazer o teste. Não mudou a situação”. (♀)

Ao guardarem o segredo, convivem com sentimentos de fraqueza e culpa por não terem tido a mesma coragem do que outras tiveram e pelas implicações deste segredo na sua saúde e na do seu namorado, já que continuavam mantendo relações sexuais sem o uso do preservativo. Esta situação reforça a compreensão de que os fatores sociais e culturais que impulsionam a epidemia do HIV/SIDA em Moçambique estão intimamente ligados à organização social das estruturas de gênero e sexualidade, cuja hierarquia faz das mulheres sujeitos extremamente frágeis para adotarem medidas preventivas para a sua saúde física e mental

Mesmo antes de eu saber usava às vezes. Agora também é assim. Tem dias que ele não quer usar. Quando pergunto para ele se ele não vai por o preservativo ele não responde nada, fica calado. Eu não sei o que dizer. Faço sem e fico com pena dele. Acho que ele está na mesma situação que eu. Eu fico com um peso enorme na cabeça. Sei da reinfeção e também sofro com isso. Não posso forçar. E se eu falar e ele resolver ficar com outra, que pode ser negativa, como vou fazer? (♀);

“Quando fiquei sabendo falei para o meu namorado que sentia dores por dentro, infecções que podia passar para ele e tínhamos que usar preservativo. Ele aceitou, mas depois deixou de aceitar porque me via livre de doença. Fico triste, às vezes me sinto uma criminosa, mas o que eu posso fazer? Não consegui ainda falar com ele que sou seropositiva porque não quero deixá-lo”. (♀)

Uma estratégia adotada por estas informantes, que por várias vezes foi mencionada no grupo Kuhanya, era a de convidar o namorado para a realização conjunta do teste, como se fosse a primeira vez. Ressaltavam que além da revelação acontecer num ambiente protegido por um profissional de saúde, poderiam também conhecer o estado sorológico do namorado, que se fosse positivo, no entender delas, tornaria as coisas mais fáceis. Porém, de acordo com os seus relatos, nenhuma das informantes conseguiu fazer com que o namorado aceitasse a proposta.

Decidi por terminar o relacionamento

Como já anunciado, um pequeno grupo de informantes optou por terminar o relacionamento a ter de enfrentar o compartilhamento do diagnóstico com o parceiro.

“Disse a ele que meus pais não queriam que eu continuasse a namorar porque estava a ir mal no estudo. Ele não aceitou, mas eu insisti e ele deixou de vir em minha casa. Apesar de gostar muito dele e dos nossos planos, me senti aliviada, acabou esta preocupação. Foi melhor porque ele é diferente dos namorados das outras, ele ia zangar muito comigo”. (♀)

“Pensava em casar com ele, mas havia sempre de falar de traição e de abandonar. Não ia ter confiança. Sei que pode ter sido ele que apanhou antes o HIV, mas eu não ia ter como provar. Ele não ia aceitar esta defesa, só havia de ficar a zangar”. (♀)

Os seus relatos revelam que para elas o medo da rejeição foi maior do que o sonho, na medida em que optaram por abrir mão do seu amor e dos projetos conjuntos de vida, por medo de serem acusadas de traição. Novamente a questão

da hierarquia de gênero se coloca, sendo a infidelidade feminina uma ameaça e motivo de desconfiança permanente para os homens. Sem essa informação, os ex-namorados passam a viver outros relacionamentos, configurando a cadeia de transmissão do HIV entre os adolescentes e jovens no país. Porém a tendência é que elas, a partir dos novos relacionamentos, consigam negociar o uso logo de início, demonstrando um aumento do nível de empoderamento na negociação.

“Fiquei sozinha. Depois comecei um namoro. Com ele usei sempre. Consegui outro, o último, que no começo aceitava, mas depois não queria mais. Por isso separei dele. Já estou no juízo e não ia conseguir fazer sem o preservativo”. (♀)

“Sempre falo antes que é só de preservativo, que não quero engravidar para não atrapalhar meus estudos. Se na hora ele quer mudar o combinado, eu vou embora. Os homens têm que manter a palavra, se ele não mantém não serve, vai ser assim nas outras coisas também”. (♀)

Somente as mulheres que não mantinham relacionamento fixo ou que terminaram o relacionamento conseguiram de fato fazer uso regular do preservativo, salvo algumas exceções que conseguiram convencer seus namorados após a revelação do diagnóstico.

A relação afetiva e a desigualdade de poder inserida nestas relações se apresentaram como um grande impedimento para aquelas que viviam um relacionamento fixo. Esta situação faz com que o casal permaneça em situação de alta vulnerabilidade, inclusive para uma gravidez não planejada, dificultando as medidas preventivas da transmissão vertical, realidade que pode estar contribuindo para o elevado número de crianças que nascem infectadas pelo HIV no país.

Outro fato observado, foi a adesão dos informantes por namoros intra-grupo. O relacionamento entre participantes do grupo acaba por se constituir como um fator facilitador, principalmente para as mulheres, em relação ao compartilhamento do diagnóstico e a negociação do uso do preservativo.

Adesão ao serviço

Como referido anteriormente neste capítulo, quando abordamos a adesão dos informantes ao serviço de saúde para iniciar o tratamento, já assinalamos que a adesão não é um fenómeno estanque. É um processo multidimensional e multideterminado, que apresenta características específicas quando estamos diante de uma doença crônica. Doença crônica, de acordo com Camon et al (1996), pode ser compreendida como qualquer estado patológico permanente que produza incapacidades residuais não reversíveis que exige observação e cuidados por longos períodos. A SIDA já é considerada em diversas partes do mundo como uma doença crônica, especialmente quando a oferta de assistência clínica regular e o acesso aos medicamentos antiretrovirais encontram-se disponíveis.

Por estas características, a ocorrência de uma doença crônica na vida de uma pessoa requer mudanças de comportamentos, hábitos, crenças e rotinas para o seu convívio. Para que estas mudanças adaptativas ocorram é imprescindível a aceitação do diagnóstico, a compreensão desta sua nova situação de saúde e a mobilização para a mudança. Os métodos utilizados para medição da adesão ao tratamento no caso das pessoas vivendo com HIV/SIDA, salvo algumas diferenças entre países, utilizam como indicadores: o comparecimento nas consultas; regularidade na retirada dos medicamentos no local de dispensação, auto-relato dos pacientes sobre a toma dos medicamentos e a permanência ou variação do número de células de defesa no organismo (linfócitos CD4).

Desta forma, a adesão se apresenta como um processo complexo, pois envolve primeiramente a aceitação da soropositividade por parte do portador, onde estão implicadas questões relativas ao preconceito e representações sociais ligadas à morbidade e mortalidade (no sentido de que não adiantaria tratar uma doença sem cura e que resultaria em morte inevitável), assim como pela dificuldade do uso diário de medicamentos, que resulta, muitas vezes, em incômodos efeitos colaterais, que afetam a vida social, sexual e emocional do indivíduo.

Os fatores que influenciam a adesão podem ser de diferentes naturezas: 1) fatores ligados ao indivíduo: a crença na eficácia do tratamento é um aspecto positivo para adesão, em contrapartida às atitudes de pessimismo e descrença que acabam por dificultar a relação do usuário com o tratamento e ingestão dos medicamentos; 2) fatores associados à doença: a gravidade e a visibilidade dos sintomas e o não reconhecimento de resultados concretos no tratamento acabam por desestimular a adesão; 3) fatores interpessoais: a qualidade da relação equipe de saúde e usuário, determina a qualidade da adesão; 4) fatores associados ao contexto social e organizacional: o acesso, estrutura e utilização do serviço têm implicações diretas no estímulo à adesão. Pelas características da infecção pelo HIV, a adesão muitas vezes é negligenciada quando o portador se encontra em período assintomático. A ausência de sintomas que caracteriza estágios de certas doenças, como a SIDA e a tuberculose, podem provocar interrupções do tratamento. No entanto, para Grupta et al (2005), a qualidade e as características dos serviços de saúde têm maior influência na adesão ao tratamento do que as características do sujeito ou da doença.

A adesão ao tratamento e aos medicamentos apresenta-se atualmente em diversas partes do mundo, incluindo Moçambique, como um dos principais problemas que os serviços de atenção ao HIV/SIDA encontram em relação à eficácia do tratamento, contribuindo, sobremaneira, para as taxas de morbidade e mortalidade entre as pessoas vivendo com HIV/SIDA. Autores como Mark apud Carvalho (2005) e Vasques (1998), destacam que a população em geral (sem referirem-se a países e regiões específicos) apresenta baixos índices de adesão ao tratamento do HIV/SIDA, normalmente por volta dos 50%, uma vez que é um comportamento controlado por diferentes variáveis e que exige múltiplas respostas. Alguns estudos clínicos e sociais sobre adesão de adolescentes soropositivos ao tratamento antiretroviral ressaltam fatores dificultadores, mencionados anteriormente, peculiares tendo em vista algumas características universais da adolescência (AYRES et al, 2004).

Apesar desta complexidade, se faz importante ressaltar seu significado como atitude, conduta e comportamentos favoráveis à qualidade de vida e enfrentamento da condição de soropositividade para o HIV. Estimular a adesão requer uma abordagem interdisciplinar, integral, envolvendo procedimentos clínicos, psicológicos e sociais. É nesse sentido que podemos tomar como importante a existência de espaços grupais nos quais se discutam com adolescentes e jovens o significado do tratamento, projetos de vida e conseqüências da não-adesão.

O grupo Kuhanya foi reconhecido pela equipe técnica do SAAJ como um fator importante para os altos índices de adesão ao tratamento e medicamentos entre os usuários do serviço. Embora o Ministério da Saúde de Moçambique ainda não tenha realizado nenhum estudo que permita dimensionar as taxas de adesão ao tratamento e aos medicamentos antiretrovirais no país, pequenos estudos localizados em algumas unidades de atenção ao HIV/SIDA na cidade de Maputo revelaram taxas de abandono de pacientes aos serviços em torno de 15%, (MONASO, 2004), estando computados nestes estudos os usuários que não retornaram às consultas por um período superior a três meses e os óbitos não informados. O último relatório anual de avaliação do atendimento no SAAJ, referente ao ano de 2006, revelou taxas de adesão ao serviço acima dos 90%, cabendo ressaltar que esta taxa refere-se ao total de 195 usuários em tratamento no SAAJ no referido período, incluindo os cerca de 70 usuários que semanalmente participam do Grupo Kuhanya. Nas falas dos informantes aparecem os fatores que permitem entendermos as razões dos altos índices de adesão, como: melhoria no nível de informação; falarem abertamente de suas dificuldades sem medo de serem criticados ou julgados; a adesão passa a ser uma meta também coletiva; relacionamento com os profissionais de saúde e com o serviço.

“Lá no grupo posso falar tudo. Não me sinto inibida. Falo tudo o que penso. Diferente daqueles hábitos dos que estão fora do grupo: muita mentira, competição. Nunca podemos falar tudo o que achamos. Nestes do grupo posso confiar. Falamos abertamente sobre tudo em nossas vidas, ninguém julga ou nos critica por tudo o que fazemos. O grupo me ajudou a ver a importância de fazer o tratamento e fazer tudo direitinho, como as consultas, os remédios e as análises. Hoje gosto de mim, me respeito dentro do possível”. (♀)

“Lá fiz muitas amizades, que hoje são as melhores. Vi que podia ter outras conversas com pessoas da minha idade, diferente daquelas que tinha na minha zona, nas barracas. Passei a usar preservativo em todas as relações sexuais, nem me imagino mais não usar. Acho que nem consigo. Conteí para a minha namorada, o grupo me ajudou a ter essa palestra com ela. Hoje ela é a mãe da minha filha, mas fizemos tudo como me mandaram, nós planejamos e estou a esperar para saber sobre a situação da minha filha”. (♂)

Os benefícios do grupo Kuhanya avaliados pela equipe técnica do SAAJ, incentivaram que este dispositivo de atenção fosse adotado por outros serviços/programas: 1) O Ministério da Saúde de Moçambique, por meio de uma organização internacional que coordena os serviços de atenção ao HIV/SIDA em diversas regiões do país, implantou dispositivo semelhante em diversas províncias, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e reduzir os índices de abandono entre os pacientes, com base na experiência do SAAJ; 2) A utilização deste tipo de dispositivo aparece recomendada no documento que operacionaliza a recente Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas aprovada no país. Tais fatos ocorreram meses após termos encerrado a fase empírica desta pesquisa; 3) O SAAJ da cidade de Xai-Xai, o outro serviço que integra o projeto piloto, adotou a mesma estratégia e hoje conta com mais de 50 participantes no seu grupo de convivência semanal, elevando de forma muito significativa a adesão dos adolescentes e jovens ao tratamento.

Protagonismo e participação social

No campo da saúde pública, acredita-se que um avanço na qualidade dos serviços e das ações de saúde, sejam elas preventivas ou de promoção da saúde, só é possível com a participação efetiva dos usuários. De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil (2004:7): “Produção de saúde e produção de subjetividade em uma democracia institucional, diz respeito à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. Neste sentido, a produção das condições de uma vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, neste processo, de sujeitos”.

Desta forma, para que o usuário desenvolva vínculo mais efetivo com o serviço de saúde que o assiste, é necessário que haja abertura na instituição para as diversas formas de atuação do usuário. Esta visão rompe com a visão do prestador do serviço de um lado e usuário do outro. Ele é chamado para opinar, conhecer os problemas da instituição e propor formas de participação. (CAPRARA & FRANCO, 1999). Esta abertura permite a horizontalização dos poderes do serviço de saúde, sendo que o usuário, que estaria no fim da linha dos processos de decisão, passa a ocupar um lugar ativo, colaborando em algumas atividades internas e externas, sendo também beneficiário desta participação.

No presente estudo observou-se que a oportunidade de participação dos adolescentes e jovens no Grupo Kuhanya abriu espaços para a (re)formulação de estratégias individuais e de construção de espaços comunitários de produção coletiva de conhecimentos e participação social. As diversas formas de participação e (re)construção da cidadania por eles encontradas, estão estampadas em situações e fatos, que apresento a seguir.

Os participantes do Grupo Kuhanya apresentaram o desejo de também contribuir na implementação das atividades do serviço. As possibilidades de participação

foram abordadas durante as sessões do grupo, por meio de construção coletiva de ações que consideravam importantes, viáveis e que estavam de acordo com os seus interesses.

Definiram quatro atividades específicas e inter-relacionadas pelas quais os participantes dividiram-se em grupo: 1) realizar atividades de prevenção e educação no campo da saúde sexual e reprodutiva e HIV/SIDA na sala de espera do SAAJ, utilizando-se de debates de filmes e outros recursos de dinâmicas de grupo, com o objetivo de elevar o nível de informação dos usuários, ressaltando a importância da realização do teste anti-HIV; 2) realizar plantões no SAAJ durante o horário de atendimento para acolhimento dos adolescentes e jovens que acabavam de receber resultado positivo pela equipe técnica, com o objetivo de apoiá-los em suas demandas emocionais, ressaltar a importância da adesão ao tratamento e convidando-os a participar do Grupo Kuhanya; 3) realizar visitas domiciliares aos adolescentes e jovens em tratamento no serviço que se encontravam debilitados, sem condições de se deslocarem até o SAAJ. O objetivo era de prestar apoio emocional, estimular e orientar os membros da família no cuidado com o paciente, fazer um levantamento das possíveis necessidades sociais, servir como um elo de informação entre o paciente e a equipe técnica. 4) Apoiar as demandas administrativas do serviço, como arrumar arquivos, atualizar semanalmente os murais do SAAJ com cartazes e informativos importantes, garantir materiais educativos e preservativos na sala de espera.

A proposta foi aceita pela equipe técnica do SAAJ, que promoveu a capacitação de 60 participantes do Grupo Kuhanya em Saúde Sexual e Reprodutiva; HIV/SIDA; Técnicas de Comunicação; Visita Domiciliares; Aconselhamento em HIV/SIDA, de acordo com o currículo de formação de ativistas (educadores de pares) do Programa Geração Biz. Iniciaram suas atividades em maio de 2006, tendo realizado até o final deste ano, 189 visitas domiciliares; 29 acolhimentos, 55 sessões de debates em sala de espera, estas atingindo cerca de 800 usuários

(HCM/SAAJ/RS, 2006). Vale ressaltar que todas estas atividades foram desenvolvidas de forma voluntária, sem qualquer remuneração.

“Eu já te disse que sou cristão? Eu evangelizava. E nessa religião existem condutas concretas. Uma delas é a abstinência ou o casamento. Não consegui chegar ao casamento por questões de dinheiro e não consegui fazer abstinência. A minha namorada ficou grávida. Viver como marido e não ser casado é como viver separado de Deus, é pecado. Então me proibiram de evangelizar as pessoas. Agora, trabalhando de voluntário aqui no SAAJ, é como se esse direito me fosse devolvido. Posso ser ativista quanto quiser, ninguém vai me impedir. Renasceu minha vontade e devolvido o meu direito”. (♂)

Com o crescimento do Grupo Kuhanya, uma das estratégias adotadas pelos participantes e pela equipe técnica foi a formação de um sub-grupo exclusivo para os participantes recém-chegados. Esta estratégia visava ampliar a capacidade de atenção para aqueles que haviam conhecido sua soropositividade recentemente, apresentando naquele período demandas específicas em relação aos outros participantes que já se encontravam no grupo há mais tempo. Os dois grupos aconteciam concomitantemente, em salas diferentes, se reunindo na meia hora final, onde um relator escolhido apresentava o conteúdo dos debates ocorridos, permanecendo todos juntos até a finalização das atividades do dia.

Concluída a fase empírica desta pesquisa, continuei a participar das reuniões do grupo, acompanhando de perto sua trajetória. Avaliei importante apresentar a seguir alguns desdobramentos, caracterizados por inserções políticas dos membros do grupo e visibilidade do adolescente e jovem soropositivo, como integração em rede de associações juvenis e participação em eventos políticos locais, nacionais e internacionais.

A formação nas temáticas acima referidas permitiu que os participantes do Grupo Kuhanya passassem ao status de educador de par do Programa Geração Biz, se integrando à rede de associações juvenis da cidade de Maputo que desenvolvem atividades de prevenção na comunidade. A missão dos participantes do Grupo

Kuhanya nestas associações tem como objetivo principal assegurar que ações que visam reduzir o preconceito e discriminação com as pessoas soropositivas, estímulo à realização do teste anti-HIV e adesão ao tratamento, estejam presentes no planejamento e implementação das atividades.

“Cresci muito no grupo. Passei a me interessar a ter informações sobre várias coisas do mundo, que nem ligava e nem acreditava. Não só em saúde, em tudo. Hoje sou uma ativista, uma referência para as pessoas. Sou informada. Ampliei os meus sonhos e acho que tenho consciência dos caminhos para consegui-los. Ser ativista para mim significa muita coisa. Nunca ajudei pessoas antes. Achava que eu não servia para nada. Pensava muito nisso. Agora, sei entender àquelas pessoas que discriminam as pessoas com SIDA, e tenho argumentos para debater. Hoje tenho responsabilidade de um jeito que nunca tive antes. Nunca pensei que um dia eu poderia fazer uma coisa maravilhosa assim”. (♀)

Esta integração permitiu a participação de representantes do Grupo em eventos técnicos e políticos referentes ao HIV/SIDA, inclusive internacionais, como o I Encontro de Adolescentes Vivendo com HIV/SIDA realizado no Brasil e na XVI International AIDS Conference, que ocorreu na cidade de Toronto, Canadá, onde um participante do grupo Kuhanya teve a oportunidade de apresentar um trabalho sobre a experiência do Grupo. Vale ressaltar que alguns de seus membros voluntariamente se apresentaram publicamente como uma pessoa vivendo com HIV/SIDA em eventos realizados na cidade de Maputo.

“No grupo entendi certas coisas e fui me sentindo bem menos confuso, e bem mais animado, otimista. Aprendi a respeitar a opinião dos outros. Agora sei muito e até já dei algumas palestras em escolas. Depois que acostumei a falar no grupo, me sinto capaz de falar em qualquer sitio. Isso foi um marco na minha vida. Nunca imaginei poder ajudar alguém, com a vida que eu tinha. Agora vejo ela bem, nunca me senti orgulhoso. Gostaria de ser um marco, um símbolo, um revolucionário na matéria de combate do HIV/SIDA. Quero ajudar a marcar uma época, como aqueles que ajudaram na guerra da independência do meu país”. (♂)

Semanas antes da conclusão do texto deste trabalho, os participantes do grupo Kuhanya finalizaram o estatuto de uma associação, que recebeu o nome de “Uxene”, que significa “onde nasce o sol”, que passará a funcionar dentro do

SAAJ. No seu capítulo I, Artigo 3, está definido seus objetivos, que passo a descrever: “1) Fortalecer a relação de intercâmbio com entidades oficiais, particulares e associações juvenis que se proponham a diminuir o índice de infecção do HIV e a taxa de mortalidade; 2) Divulgar e defender os direitos das pessoas que vivem com HIV/SIDA relativos à juventude e promover intercâmbio com associações juvenis e instituições que trabalham com essas pessoas; 3) Apoiar as vítimas de discriminação e preconceito na comunidade.”

Ao dirigir o foco de análise para os aspectos aqui agrupados sob o título de protagonismo e participação social, podemos observar que a experiência grupal demonstrou que é possível romper o binômio SIDA/MORTE, e que este é o grande desafio que se apresenta para o trabalho educativo de prevenção e de cuidados à saúde das pessoas vulneráveis ou infectadas, buscando-se diferentes formas de (con)viver com a infecção pelo HIV. Tal ruptura possibilita resgatar a hipótese de fatores multicausais e então definir abordagens transdisciplinares que possibilitem a convergência e o entrelaçamento de diferentes discursos sobre o processo saúde/doença e da cultura da qual ele emerge.

O grupo assumiu, no seu processo, o status de espaço político e de comunicação capaz de proporcionar a seus membros a conquista de um canal de discussão pública de experiências individuais e compartilhadas. Estas experiências propiciaram a formulação de discursos emancipatórios, capazes de alterar as percepções e imagens que os membros tinham de si e das possibilidades de comunicação, interação, visibilidade e identidade grupal, demonstrada pela formulação de projetos individuais e coletivos de enfrentamento.

Ao adotar categorias discursivas como “viver com HIV e SIDA” ao contrário de “morrer com SIDA”, conforme representações sociais da doença, os participantes do Grupo Kuhanya conseguiram ressignificar suas percepções, atitudes, condutas e o próprio projeto de vida ao passar da condição de “civilmente morto” para a condição de “politicamente vivo”.

Infectados pela VIDA, desviam o olhar da escuridão da invisibilidade para um outro horizonte, bem aqui, “onde nasce o sol”.

Capítulo 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises dos dados obtidos pela observação participante e entrevistas individuais com os adolescentes e jovens do grupo Kuhanya participantes deste estudo, tornou-se possível uma melhor compreensão a respeito dos fenômenos que se constituíram desde o início no foco de interesse deste trabalho: as vulnerabilidades que contribuíram para a infecção pelo HIV; e os fatores envolvidos no conhecimento e convívio com a soropositividade. Pelo caráter da pesquisa qualitativa, este estudo permitiu ir além dos dados quantitativos e dos discursos generalizantes, muitas vezes sem uma boa base empírica, facilitando a compreensão destes fenômenos a partir das experiências reais e discursos de sujeitos concretos.

A associação de fatores sociais, programáticos e comportamentais configurou um contexto de vulnerabilidade, que colocou os adolescentes e jovens em risco para a gravidez não planejada e para a infecção por doenças de transmissão sexual desde a primeira relação sexual. Foi determinante também no processo de conhecimento do estado sorológico e da adesão ao tratamento.

O acesso aos estímulos da mídia globalizada em Moçambique ampliou a demanda por informações sobre sexualidade entre os adolescentes antes do início da vida sexual, que não foram supridas pelos seus familiares, pois estes não encontraram formas de abordar tais questões no ambiente familiar. Sob o manto da “janela da esperança” da política moralista de abstinência, implantada por agências ligadas ao governo americano, estes adolescentes foram impedidos de ter acesso à informação sobre o ato sexual e sobre as formas de proteção. Tais fatos emergem a necessidade de se abrir um debate nacional sobre a natureza das mensagens dirigidas a esta faixa etária no país, visando garantir que elas estejam em harmonia com o atual contexto econômico, social e cultural do país.

O preservativo foi usado de forma irregular para a grande maioria dos adolescentes e jovens deste estudo, apesar dos altos níveis de informação que possuíam sobre as formas de transmissão do HIV, devido principalmente aos fatores intrínsecos nas relações hierárquicas de gênero entre homens e mulheres no país. A confiança no(a) parceiro(a), pelo fato de não o(a) reconhecer como alguém associado aos grupos de risco historicamente construídos pelos discursos sobre a SIDA, fez com que a gravidez se constituísse como a única preocupação do sexo desprotegido. Essa preocupação foi facilmente contornada com a adoção de outros métodos contraceptivos como a pílula, já que a negociação do uso do preservativo foi uma tarefa difícil para as meninas, pelo poder que os rapazes têm em decidir sobre os aspectos relativos à sexualidade.

Desta forma, as vulnerabilidades para a infecção pelo HIV entre os adolescentes e jovens Moçambicanos, participantes deste estudo, não se apresentaram sensivelmente diferentes das encontradas na população jovem em outros países em desenvolvimento. As práticas culturais tradicionais que envolvem o compartilhamento de lâminas e objetos cortantes em rituais da medicina tradicional não se constituíram em fatores de risco para este grupo de adolescentes e jovens urbanos, em contraponto ao destaque que é dado a estes aspectos como fatores de vulnerabilidade nos documentos e publicações em Moçambique.

Aspectos relativos à questão da gravidez como questão marcada pelas noções de parentesco e descendência, associados a relações de gênero marcadas por um grande “desempoderamento” das mulheres no que se refere às formas de parceria e dependência econômica em um contexto de extrema pobreza e carência de infraestrutura básica, apontam para determinantes sócio-culturais específicos que, no entanto, resultam num quadro geral que repete os pontos cruciais que determinam as vulnerabilidades alhures. É nesse sentido que se pode afirmar que, embora determinada por especificidades contextuais, as vulnerabilidades destes adolescentes e jovens reproduz, nos seus termos gerais, uma mesma matriz encontrada em países como o Brasil, por exemplo.

A baixa percepção de risco e o acesso restrito aos medicamentos antiretrovirais no país contribuíram fortemente para que os adolescentes e jovens não se sentissem estimulados a conhecer seu estado sorológico. Despertaram para essa necessidade somente diante de sintomas e sinais, o que tornou esse processo ainda mais doloroso pelo medo da confirmação diagnóstica - que era percebida como sentença de morte - e pelas atitudes de discriminação a que podiam estar expostos no contato com membros da comunidade e profissionais de saúde. O estigma associado às pessoas que freqüentam os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária(GATV) e os Hospitais de Dia, fez com que eles protelassem a realização do teste, agravando ainda mais o seu estado clínico e emocional, e optassem por serviços de testagem não inseridos nos locais de atendimento específicos para HIV/SIDA.

Desta forma, a integração dos serviços de testagem e tratamento do HIV/SIDA aos serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens, apresentava-se como uma importante estratégia de atenção, na medida em que as ações de prevenção, incluindo o teste, se tornam mais realistas e contextualizadas (a dupla proteção do preservativo que envolve a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não planejada; o teste como preventivo no planejamento familiar), além de facilitar o acesso dos adolescentes e jovens pela sua especificidade geracional e desvinculação dos serviços específicos para HIV/SIDA, carregados de estigma.

A qualidade do aconselhamento por ocasião da realização do teste foi determinante para a adesão ao tratamento. Ao se confrontarem com situações constrangedoras e discriminatórias quando receberam o resultado positivo, acabaram por se isolar e não procurarem tratamento, até que encontraram um espaço onde se sentiram acolhidos e seguros. Viveram o conflito entre se expor à atitudes de estigma ou manterem-se invisíveis e expostos às infecções oportunistas derivadas da SIDA, realçando a necessidade de um grande

investimento nos recursos humanos de saúde no país que atuam nos serviços de testagem e tratamento para HIV, que assegure a ética, o acolhimento e uma relação horizontalizada e humanizada entre profissionais de saúde e usuários.

As dificuldades relacionadas ao compartilhamento do diagnóstico com a família, amigos e namorados(as), também se apresentaram como fatores importantes de vulnerabilidade. Para aqueles que iniciaram imediatamente o tratamento, os profissionais de saúde se constituíram nesta fase como única fonte de apoio e proteção para o enfrentamento da soropositividade. Para os que não procuraram tratamento, este período, marcado geralmente por sentimentos de medo, angústia e fragilidade, foi vivido solitariamente. Especialmente as mulheres, por não compartilharem o diagnóstico com o namorado, continuaram a manter relações sexuais desprotegidas, expondo-os ao risco da infecção e ficando sujeitas à reinfecção viral do HIV e à gravidez não planejada, esta agravada pela possibilidade da transmissão vertical. Esta situação também foi observada por um grupo de mulheres, que mesmo informando o diagnóstico ao parceiro continuam em vulnerabilidade pela resistência dos parceiros em aceitar a prática do sexo seguro e a busca pelo teste, apontando para a necessidade de se intensificar programas e ações que minimizem esta acentuada diferença de poder entre homens e mulheres.

Em relação aos informantes deste estudo, além dos ganhos pessoais, caracterizados como tomada de atitudes, enfrentamento, *empowerment*, inerentes ao processo de resiliência, observou-se ganhos políticos e comunitários, traduzidos em iniciativas individuais e coletivas realizadas ao longo do período da pesquisa empírica e após conclusão da observação participante, pela sua integração ao SAAJ e ao grupo Kuhanya.

Esta experiência reforça que os serviços de saúde com enfoque nos princípios da promoção da saúde são fundamentais para o fortalecimento dos adolescentes e jovens soropositivos, para que possam ampliar/constituir redes de proteção,

fundamentais para o enfrentamento da soropositividade e para a resiliência. Foi na vivência grupal que se fortaleceram, ampliando suas redes de proteção que envolveu seus pares, profissionais de saúde, familiares e parceiros, com importantes reflexos na adesão ao tratamento e aos medicamentos, e para o despertar de novas possibilidades e projetos de vida, calcados no protagonismo e na participação social.

O grande número de pacientes que incidem diariamente no frágil sistema de saúde de Moçambique de atenção ao HIV/SIDA, impede o oferecimento de uma atenção humanizada e de qualidade, o que contribui para as altas taxas de abandono do tratamento, morbidade e mortalidade encontradas entre os usuários destes serviços. Para a reversão deste quadro, é necessária que a educação em saúde seja compreendida em sua forma ampliada, reconhecendo a realidade do cliente, do seu dia a dia, proporcionando mecanismos para torná-lo sujeito ativo e com autonomia para agir em prol da sua saúde. A criação de dispositivos grupais clínico-políticos, como o observado no SAAJ, se apresenta como importante alternativa para a mudança deste cenário.

A participação dos usuários nas atividades do serviço e nas ações de saúde dirigidas à comunidade se apresentou como recurso importante para minimizar a carência de recursos humanos no sistema de saúde do país, assim como para a horizontalidade nas relações entre profissionais de saúde e usuários. A integração dos adolescentes e jovens participantes deste estudo nas associações juvenis, rompe com a invisibilidade social deste segmento no país, por meio do protagonismo e da participação nas redes sociais de jovens existentes, não por uma identidade construída em cima da marca do “ser soropositivo”, mas calcada no jovem ativo, consciente, ciente dos seus direitos e de seu papel social, preocupado em contribuir para a melhoria da realidade social a que está inserido. Ou seja, a garantia de acesso aos serviços de saúde adequados à demanda dos usuários e a disponibilização de meios para uma atuação protagonista, enquanto sujeitos de direitos, reverte na inserção dos jovens soropositivos como cidadãos,

na mais ampla acepção do termo. Não apenas como um segmento específico definido por sua condição sorológica, mas como co-participantes de um contexto histórico, social, político e econômico, no qual são seus agentes em regime de equidade e reciprocidade com seus pares.

O que o desenvolvimento do trabalho aqui apresentado mostrou é que não são necessários grandes empreendimentos no sentido de instalar novos serviços, mas que a reformulação dos serviços existentes, é capaz de atender democraticamente a demandas existentes entre os usuários adolescentes e jovens. Basta para isso um movimento tão simples quanto ouvir o que estes sujeitos têm a dizer, garantindo-lhes instrumentos para que eles próprios promovam as mudanças ao nível dos serviços e das suas bases comunitárias, em colaboração recíproca e horizontal com seus pares.

O grupo estudado tomou rumos não previstos no início da pesquisa, desenvolvendo-se de um grupo de convivência de soropositivos a um espaço de entrada em redes sociais e políticas mais amplas, que resultou numa inserção social muito além da mera especificidade de sua condição sorológica – esse movimento resultou fundamentalmente da apropriação que esses sujeitos fizeram do serviço instalado, utilizando-o para a promoção de sua cidadania e rompendo com os limites que poderiam condená-los a um grupo marcado e auto-contido em si mesmo. A vontade política para tanto e o envolvimento dos funcionários dos serviços, dos agentes governamentais e das redes não-governamentais, numa interação dialógica e de escuta ativa e recíproca, foram os requisitos básicos que permitiram que adolescentes e jovens pudessem apropriar-se de sua realidade como sujeitos, saindo de uma invisibilidade imposta para uma inserção participativa e protagonista na sociedade da qual participam. Isso é tão mais válido num contexto de profundas mudanças, como o é Moçambique atualmente, que exige que seus sujeitos sejam os sujeitos das transformações. Sem isso, corre-se o risco de condená-los a uma morte social que antecede a morte de fato.

Para finalizar, gostaria de ressaltar que a realização deste estudo me proporcionou, para além da busca de atingir os objetivos propostos, a oportunidade de vivenciar uma experiência grupal que, tenho certeza, modificou para sempre a vida de todos que dela participaram – incluindo a minha própria.

Capítulo 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, M. G.; SILVA, L.B. *Juventude e Sexualidade*. UNESCO, Brasil, 2004, p. 96-111.

ACORD- *BOLETIM INFORMATIVO DO PROGRAMA DE APOIO E ADVOCACIA SOBRE HIV/SIDA*. Publicação HASAP, Agência de Pesquisa e Cooperação em Desenvolvimento de África, Nairobi, Kenya, 2004, n. 3, p. 4.

ADAM, Yussuf. *Evolução das Estratégias para o Desenvolvimento no Moçambique Pós-Colonial: Perspectivas Sobre a Ajuda e o Sector Civil*. Moçambique, Maputo, 1977, p. 1-14.

AGGLETON, Peter & WARWICK, I. Household and Community Responses to HIV and AIDS in: *Developing Countries: Findings From multisite Studies*. Geneva, IL: INAIDS, 1999, p. 2.

AGUIAR, Filomena; RAFAEL, Margarida; SOARES Suzana. A importância dos Grupos de Auto-Ajuda na Aderência ao Tratamento in: *Ciência Social e Comportamento*, Lisboa, Portugal, 2001, Viver, p. 24.

AKANDEA, S.F. Seroprevalence and Sociodemographic Factors of HIV in Pregnancy in: *Global Journal of Pure and Applied Sciences*, 2003, p. 2 [Medline].

ALVES, José A. *Os Direitos Humanos como Tema Global*. São Paulo, 1994, Perspectiva, p. 73.

ANDRADE, Gabriela, R. B.; VAISTMAN, J.; Apoio Social e Redes: Conectando Solidariedade e Saúde in *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004, V.7 (4), p. 23-34.

ARILHA, Margareth (2005). *O Masculino em Conferências e Programas das Nações Unidas: Para uma Crítica do Discurso de Género*. Tese de Doutorado defendida na Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, p. 123-125.

ARNDT, Channing. *HIV/AIDS, Human Capital, and Economic Growth Prospect for Mozambique*. IFPRI/TDM African Region Working, 2003, Paper Série 49, p. 32.

ASSESSORIA E TECNOLOGIA (ALTEC). *Média em HIV/SIDA em Moçambique*. Praça editores. Maputo, 2004, p.6.

ASSOCIAÇÃO KIMDLIMUKA. Direitos Humanos e as Pessoas Que Vivem com o HIV/SIDA em Moçambique. *Projecto Advocacia em favor dos Direitos Humanos das Pessoas que Vivem com o HIV/SIDA em Moçambique*, Relatório Anual de Actividades, Maputo, 2001, p. 12.

AYRES, José Ricardo. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e de Promoção da Saúde. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2006, HUCITEC/FIOCRUZ, p. 375-417.

AYRES, José Ricardo; SEGURADO, A. A. C.; GALANO, E. Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS: Cuidado e Promoção da Saúde no Cotidiano da Equipe Multiprofissional in: *Cadernos de Saúde Pública*. São Paulo, 2004, V. 22 (3), p. 29.

BAGNOL, Brigitte. *Appraisal of Sexual Abuse and Commercial Sexual Exploration of Children in Maputo and Nampula*. Royal Netherlands Embassy. Maputo, 1997, p. 8.

BAGNOL, Brigitte; CHAMO, Ernesto. *Como Entender o Fenômeno dos Titios e Pisa-Pega em Pebane e Quilemane*. Seminário DFID em Quilemane. Memo, 2003. p. 3.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, 1997, Edições 70, p. 123.

BARROS, Antonio; LEVI, G. *AIDS e Ética Médica*. São Paulo, 1991, CREMESP, p. 7-12.

BENEVIDES, Regina (1994) . *Grupo: A Afirmação de um Simulacro*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994, p. 222.

BERNSTEIN, G & KLEIN, R. Countertransference Issues in Group Psychotherapy With HIV-Positive and AIDS Patients in: *Journal of Group Psychotherapy*, EUA, 1995, n. 45, p. 91-100 [Medline].

BERNSTEIN, Genya apud RASERA, Emerson; JAPUR, M. Grupo de Apoio para Pessoas Portadoras do HIV: A Construção da Homogeneidade in: *Estudos de Psicologia*, 2003, V.8, p.5.

BLOOM, Robert W. Risco e Resiliência: Sumário para Desenvolvimento de um Programa in: *Adolescência Latino-Americana*, 1997, n. 1, p. 16-19.

BORGES, Sherrine, M. Propostas Para Uma Relação: Profissionais de Saúde e Mulheres in: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1991, V. 7(2), p. 84-89.

BOTSWANA INSTITUTE FOR POLICY DEVELOPMENT ANALYSIS. *Interações entre o Sector Agrário e a Pandemia do HIV/SIDA: Implicações para a Política Agrária*. Relatório da Região Africana, ano 2000. Distribuído pela FAO Moçambique. Maputo, 2001, p. 36

BOWLBY, John. *Trilogia Apego e Perda*. São Paulo, 1990, Martins Fontes, v. 2, p. 32.

- BRABANDER, Virginia. *Psicoterapia Grupal de Pacientes Internados*. Porto Alegre, 1992, Artes Médicas, p. 126.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Envolvendo Seres Humanos*, 1996.
- BRITO, Luis. *Dependência Colonial e Integração Regional*. Estudos Moçambicanos, Maputo, 1980, V. 1, p. 23-32.
- BRONFENBRENNER, Urie. *A Ecologia no Desenvolvimento Humano, Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre, 1996, Ed. Artes Médicas, p. 12-15.
- BUTIN, Nanci G. (2002). *Finitude e Envelhecimento: Significado da Morte do Idoso Soropositivo*. Dissertação de Mestrado defendida na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, p. 73-79.
- CABRAL, M.V. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Instituto de Ciências Sociais. Lisboa, 2002, Viver, p. 37.
- CAMARGO, Ana M. F. *A AIDS e a Sociedade Contemporânea: Estudos e Histórias de vida*. São Paulo, 1994. Ed. Letras e Letras, p. 76.
- CAMARGO, Brígido V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da Vulnerabilidade de Estudantes da Escola Pública e Particular em Relação ao HIV in *Revista Estudos Psicológicos*, v. 23, n. 4, Campinas, 2006, p.3.
- CAMON, Valdemar; CHIATTONE H., SEBASTIANI, H. *A Psicologia Entrou no Hospital*. São Paulo, 1996, Pioneira, p. 53.
- CAMPBELL, Cathy; MAIMANE, S.; SIBIYA, Z. I Have Evil Child at my House: Stigma and HIV/AIDS Management in South Africa in: *American Journal Public Health*, 2005, 95(1), p. 808-815.
- CAMPOS, Gastão W. S. Paidéia e Modelo de Atenção: Um Ensaio sobre a Reformulação do Modo de Produzir Saúde in CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo, 2003, HUCITEC, p. 103-121.
- CAMPOS, Rosana O. O Encontro Trabalhador-Usuário na Atenção à saúde: Uma Contribuição na Narrativa Psicanalítica ao Tema Sujeito na Saúde Coletiva in: *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005, p. 12.
- CAPELA, José. *As Burguesias Portuguesas e a Abolição do Tráfico da Escravidão*. Afrontamento, Porto, Portugal, 1979, p.96.

- CAPRARA, Andréa; FRANCO, L. A Relação Paciente-Médico: Para uma Humanização na Prática Médica in: *Caderno de Saúde Pública*, 1999, V. 15(3), p. 647-654.
- CARRARA, S. A AIDS e a História das Doenças Venéreas no Brasil in: PARKER, R. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA/ Ed. 34, 2000, p.34.
- CARVALHO, Maria R. F. Eu Confio, Tu prevines, Nós Contraímos: Uma Psico(lógica) Im(permeável) à Informação? in: MADEIRA, M.; JODETE, D (ORG). AIDS e Representações Sociais: a busca dos sentidos. *Revista EDUFRN*, Natal, 2002, p. 13.
- CARVALHO, Sergio R. Múltiplos Sentidos da Categoria Empowerment no Projeto de Prevenção à Saúde in: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004, V. 20(4), p. 1088-1095.
- CASIMIRO, Isabel. Exclusions and Participation Women's Organizations in Mozambique. ISA, 1998, *Voices: Perspectives on Social Sciences in Southern Africa*, p.48.
- CASIMIRO, Isabel; CRUZ E SILVA, T.; OSÓRIO, Conceição; ANDRADE, X. *Estudo de Base: Khuluvuka, Corredor da Esperança*. Relatório Final. Maputo, 2002, Centro de Estudos Africanos, Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade, p. 11-14.
- CASTIEL, Luis David. Dédalos e os Délabos: Identidade Cultural, Subjetividade e os Riscos para a Saúde in: CZERESNIA (org). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões e Tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 79-96.
- CECCONELLO, Alessandra (2002). *Resiliência e Vulnerabilidade em Famílias em Situação de Risco*. Tese de Doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002, p. 89-93.
- CHICUECUE, Noel. *Avaliação do Projecto de IEC sobre HIV/DTS nas Escolas e Comunidades da CVM*. Maputo, Cruz Vermelha, 1998, p. 21-25.
- CHIESA, Ana Maria (2005). *Autonomia e Resiliência: Categorias para o Fortalecimento da Intervenção na Atenção Básica na Perspectiva da Promoção da Saúde*. Universidade de São Paulo, Tese de Livre Docência, p. 101.
- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA. *Estratégia de Comunicação para HIV/SIDA*. Maputo, 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA. *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA II, 2005-2009: Análise da Situação*. Maputo, 2004, p. 4, 12, 36,49.

- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA. *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2000-2004: Análise da Situação*. Maputo, 2000, p 32.
- COSTA, Fernando B. *Homens Invisíveis: Relatos de uma Humilhação Social*. Globo Editora, São Paulo, 2002, p. 123-129.
- COUTO, Mia. *Pensatempos: Textos e Opiniões*. Maputo, Majiro, 2005, p. 6.
- CRUZ E SIVA, Teresa. Anais do VIII Congresso Luso Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 16 a 18 de 2004, p. 146.
- CRUZ E SIVA, Teresa. Educação e Identidades e Consciência Política: Missão Suíça no Sul de Moçambique in: *Dês Protestantisme em Lusofonie Catholique*. Lusotopie. Maputo, 1998, p. 397-405.
- CZERESNIA, Dina (org). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões e Tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 21.
- DANIEL, Herbert. *Vida Antes da Morte*. Rio de Janeiro, 1989, Jabuti, p. 62.
- DANIEL, Herbert; PARKER, R. *AIDS A Terceira Epidemia: Ensaio e Tentativas*. São Paulo, 1991, GLU, p. 26.
- DE GRAÇA, Florence L. B. *HIV/AIDS Prevention and Care in Mozambique: A Sociocultural Approach*. Social Development Consultants, SANA, Maputo, 2002, p. 76-81.
- DEMO, Pedro. *Pesquisa e Informação Qualitativa*. Campinas, São Paulo, 2001, Papyrus, p. 63-69.
- DENZI, Norman K.; YVONNA, L. S. *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens*. Porto Alegre, 2006, Artmed, p. 128.
- DESLAND, Suely; MENDONÇA, E.; CAIAFFA, W. As Concepções de Risco e de Prevenção na Ótica do Usuário de Droga Injetável in: *Cadernos de Saúde Pública*, 2002, V.18(1), p. 141-151.
- DI MATTEO, M. R. Social Support and Patient Adherent to Medical Treatment: A Meta Analysis Psychology apud SEIDL, E. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/AIDS in: *Psicologia : Teoria e Pesquisa*. Brasília, 2006, V.22(3), p.2.
- DIAS, Ana Cristina G.; GOMES, W. B. Conversas Sobre Sexualidade na Família e Gravidez na Adolescência: A Percepção dos Pais in: *Estudos de Psicologia*, v.4 (1), 1999, p. 8-10.

- FERREIRA, Antonio Rita. *Povos de Moçambique: História e Cultura*. Afrontamento, Porto, Portugal, 1975, p. 124.
- FERREIRA, Aurélio B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975, p. 385.
- FERRI, Sonia, M.N. *O Perfil de Morbidade da Demanda Espontânea em uma Unidade de Saúde da Família. Estudo de caso*. VII Congresso Paulista de Saúde Coletiva, Resumo, 2003, p. 3.
- FIRST, Ruth.; MANGHEZI, A. Black Gold: The Mozambican Miner, Proletarian and Peasant. Brighton: Haverst Press apud CRUZ E SIVA, Teresa. Educação e Identidades e Consciência Política: Missão Suíça no Sul de Moçambique in: *Dês Protestantisme em Lusofonie Catholique*. Lusotopie. Maputo, 1998, p. 397-405.
- FLORIANO, Aurélio P. *As Crianças e o HIV/SIDA na Africa Sub-sahariana; O caso Moçambique*. Médicos do Mundo. Departamento de projectos, Maputo, 2000, p. 8 (Mimeo)
- FRANK, Julio M. *El Concepto y la Medición de Accesibilidad. Salud Pública*. México, 1985, Sep Loct, p.39.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. São Paulo, 1997, Paz e Terra, p. 44-45.
- FREITAS, Carlos Machado. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde in: CZERESNIA (org). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões e Tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 141-149.
- FRY, Peter. O Espírito Santo Contra o Feitiço e os Espíritos Revoltados: “Civilização” e “Tradição” em Moçambique, 2000, in: *Mana*, V. 6 (2) p. 65-95.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO) apud NEGRÃO, José. *A Questão Agrária em Moçambique*. Colectânea de Documentos da FRELIMO e do Estado da RPM de 1962 a 1981. Maputo, 1982, p. 36-38 (Mimeo).
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). ESCRITÓRIO EM MOÇAMBIQUE. *O HIV/SIDA no Local de Trabalho*. Maputo, 2004.
- GALLAND, Olivier. *Sociologie de La Jeunesse*. Paris, 1997. Tradução para Português, Juvânia Malate, Moçambique, Maputo, p. 17, Mimeo.
- GERITO, Augusto; NALÁ Rassul; MARLENE, Rosa. *Avaliação das Condições que Constituem Factores de Risco por Infecção pelo HIV/SIDA em Prisioneiros da Cadeia Central da Machava e Centro de Reclusão Feminina de N'Davela*. Relatório final de pesquisa. Maputo, 2002, p. 35.

- GERRARD, Mike; GIBBONS, F.; BUSHMAN, B.J. Relation of Risk Behavior and HIV/AIDS a Tows for Intervention and Research in: *AIDS Journal*, 1990, n.1(4), p. 943-951.
- GETZEL, George. Group Composition and its Impacto on Effective Group Treatment of HIV and AIDS Patients in: *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 1991, v. (4), p. 1-6.
- GIL, Antonio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo, Atlas, 1991, p. 26-31.
- GILMORE, Norbert. apud AGUIAR, Filomena; RAFAEL, Margarida; Soares Suzana. A importância dos Grupos de Auto-Ajuda na Aderência ao tratamento in: *Ciência Social e Comportamento*, Lisboa, Portugal, 2001, p. 24.
- GODELIER, Maurice. As mulheres e o Poder Político in: *As mulheres e a História*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1995, p. 13-27.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Rio de Janeiro, LTC (4) , 1988, p. 93.
- GOGNA, Mônica; RAMOS, Silvina. Crenças legais, Estereótipos de Gênero e Prevenção das DSTs in: *Sexualidade pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder*. Instituto de Medicina Social, UFRJ, Ed. 34, Rio de Janeiro, 1995, p. 19.
- GOLDENBERG, Mirian. *A Arte de Pesquisar*. Rio de Janeiro, Record, 1997, p. 36-42.
- GOMES, Laura L. (2007). *Representações de Masculinidades entre os Jovens em Moçambique, em Tempos de SIDA*. Tese de Mestrado Defendida na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 15/03/2007. Programa de Pós-Graduação: Área de Concentração: Educação, Sexualidade e Relações de Gênero, Porto Alegre, p. 53-56.
- GRILO, Ana Monteiro. Confronto com a Morte nos Soropositivos para VIH e Doente de SIDA in: *Pensar Enfermagem*, Lisboa, 2001, V. 5 (1), p. 13016.
- GROTBERG, Edith. *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening The Human Spirit. The Haque*. The Bernard Van Leer Foundation, 1995, p. 16-23.
- GRUPTA, N. S.; SILVA, A. S. Integrando a Visita Domiciliar em Pacientes em Aderência à Terapia Antiretroviral in: *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2005, V. 38(3) 241-245.
- GUIMARÃES, Carmem, D. O Comunicante, a Comunicada: A Transmissão Sexual do HIV in: PAIVA, V. (org) *Em Tempos de AIDS*. São Paulo, 1992, SUMMUS, p. 147-157.

- HALON, Joseph. *Mozambique, the Revolution Under Fire*. London: ZED Books, 1984, p. 8-13.
- HEALTH AND AIDS ECONOMICS RESEARCH DEPARTAMENT. *Report of The 2004 National: Health Economics & HIV/AIDS Research Division*. HEARD, 2004. internet. Disponível em www.data.unaids.gov/pub. Acesso em 16/06/2006.
- HEILBORN, Maria Luíza. *Sexualidade: Um olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, 1999, Jorge Zahar Ed., 40-58.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre, 1994, Artes Médicas, p. 55.
- HERMELE, Kenneth. *Country Report Mozambique: War & Stabilization*. A Mid-Term Review of Mozambique's Economic Rehabilitation Programme, with Implications for Swedish Development Assistance. SIDA:PRE, 1988, p. 8-13.
- HOLLOWAY, John. *Mudar o Mundo Sem Tomar o Poder: O Significado da Revolução Hoje*. São Paulo, Viramundo, 2003, p. 42-46.
- HONWANA, Alcinda M. *Espíritos Viços Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós-Guerra no Sul de Moçambique*, Maputo, 2002, Promédia, p. 32.
- HONWANA, Alcinda M. *Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós-Guerra no Sul de Moçambique*. Maputo, 2002, Promedia, p. 19-26.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E DESENVOLVIMENTO HUMANO (INSIDH). *Organizações Religiosas e a Prevenção do SIDA em Moçambique*. Intercâmbio sobre Sexualidade e Gênero, Maputo, 2006, p. 2, (Mimeo).
- ISRAEL, Bárbara A.; CHECKOWAY, B.; ZIMMERMAN, M. Health Education and Community Empowerment: Conceptualing and Measuring Perception of Individual Organizational and Community Control in: *Health Education Quality*, 1994, V. 2 (2), 149-170.
- IYANIMURA, C. A. Its Perspective of Adolescents Reproductive Health Behavior in a Suburban Tow in: *Nigerian Journal Of Medicine*. Jul/Sep, 2006, 15 (3), p. 255-9.
- KALICHMAN, Artur O. (1993). *Vigilância Epidemiológica da AIDS: Recuperação Histórica de Conceitos e Práticas*. Tese de Mestrado defendida no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, p. 124.

KATAPODI, Maria C.; FACIPONE, N.C.; MIASKOWSKI, C. *The Influence of Social Support on Breast Câncer Screening in a Multicultural Community Sample*. *Oncol Nurs Forum*, 2002, v. 29 (1), p. 52.

KERN, Francisco A. *Mulheres Soropositvas: A Visibilidade e a Invisibilidade da Representação Social da AIDS*. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2003, n. 2, ano II, p. 7-12.

KOLLER, Silvia H. *Ecologia do Desenvolvimento Humano, Pesquisa e Intervenção no Brasil* (org). São Paulo, 2004, Ed. Casa do Psicólogo, p. 26-31.

KOTLIARENCO, Maria Angélica; CACERES, I; FONTECILLIA, M. *Estado de Arte em Resiliência*. Washington DC, Organización Panamericana de La Salud, 1997, p. 33-38.

KROKOSZ, Marcelo (2005). *AIDS na Escola: Representações dos Docentes Sobre o Cotidiano dos Alunos e Alunas Soropositivos*. Tese de Mestrado do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de São Paulo, defendida em 22/11/2005, p. 39-51.

KUAPPER, Cláudio Duarte. *Juventud o Juventudes? Acerca de como Mirar e Remirar a las Juventudes de Nuestro Continente* in: BURAK, S. (comp) *Adolescência y Juventud em América Latina*. Cartago, Costa Rica, 2001, Libro Universidad Regional, p. 57-74.

LENT, Carmem, F.; VALLE, Alexandre. *AIDS : Sujeito e Comunidade*, 2001, IDAC, p.19-26.

LEVINAS, Emmanuel. *Da Existência ao Existente*. Campinas, São Paulo, 1998, Papirus, p. 43.

LINDSTROM, Bengt. O Significado de Resiliência in: *Adolescência Latino-Americana*, São Paulo, 2001, n. 3(2), p. 137.

LOEWENSON, Rene; WHITESIDE, A. apud JACKSON, Helen. *SIDA em África: Continente em Crise*. Versão em Português: SAFAIDS/SAT, 2004, PO 390, Harare, p. 423.

LOFORTE, Ana Maria. *Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações Sobre Saúde e Doença*. Maputo, 2003, p. 7-31.

MACIA, Manuel; LANGA, P. *Masculinidade, Sexualidade e HIV/SIDA em Moçambique*. Faculdade de Letras e Ciências Sociais. Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, 2004, p. 509 (Mimeo).

MACIEL Jr., Plínio de A. *Tornar-se Homem: O Projeto Masculino na Perspectiva de Gênero*. Tese de Doutorado defendida no Departamento de Psicologia Clínica da Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

- MANJATE, Rosa. Mulheres de Risco em Maputo. *Revista Médica de Moçambique*, 1997, Suplemento 1, p. 8.
- MANN, Jonathan; TARANTOLA, D.T.N.; NETTER, T.W. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro, 1993, Relume:Dumará/ABIA, p. 129.
- MARGULIS, Mario. *Juventud: Una Aproximación Conceptual*. BURAK, S. D. (comp.) *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Catargo, Costa Rica, 2001, LUR Libro Universidad Regional, 2001.p. 41.
- MARK M. (2000) apud POLEJACK, Larissa; CARVALHO, W. M. E.S. A Adesão ao Tratamento em Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Barreiras e Possibilidades. in *Revista de Saúde do Distrito Federal, Brasília*, 2005, V. 16(3/4), p. 4-8.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. (org). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Identidade. São Paulo, 1999, NEPI, v. 1, Veras Editora, p. 61.
- MARTINS, José de S.; ECKEBERT, C.; NOVAES, S. C. *O Imaginário e o Poético nas Ciências Sociais*. Bauru, 2005, EDUCS, p. 328.
- MASAMANGA, G.; FAWZI, W; HETZMARK, E. Socio-Economic And Demographic Factors Associated with Prevalence of HIV Infection among Pregnant Women in Tanzania in: *East African Medical Journal*, v. 83(6), 2006, p. 311-321.
- MASON, H.R.C.; MARKS, G; SIMONI, J.M. Apud GRILLO, Ana M. Temáticas Centrais Implicadas na Vivência da Infecção por HIV in: *Psicologia e Saúde*, 1995, V. 14(1), p. 3-7
- MATSINHE, Cristiano. *Tabula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*. Texto Editores, Rio de Janeiro, 2005, p. 22, 35, 79.
- MATTOS, Rubem de Araújo. A Integralidade na Prática (ou sobre a Prática da Integralidade) in: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004, v. 20, n.5, p. 26-29.
- MEDEIROS, Marcelo; MUNARI, D. B.; BEZERRA, A.L.Q. Pesquisa Qualitativa em Saúde: Implicações Éticas in: GUILHEM, D. (ORG) *Ética na Pesquisa em Saúde*. Brasília, 2007, Avaliação em Saúde, UNB Ed. P.107.
- MERSON M. *Discrimination Against HIV Infected People or People With AIDS*. OMS/GPA. Discurso Ante la Commission de Derechos Humanos, Ginebra, 1993 (Tradução ONUSIDA, 1999).

MILEIB, José Carlos (1995). *O Trabalho de Orientação Sexual no Ensino Fundamental*. Dissertação de Especialização apresentada na Universidade Federal de Minas Gerais, FAE, p. 11-14.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 1993, p. 123-127.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS*. Brasília, 2004, p. 7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. *Manual de Aconselhamento em HIV/SIDA*. Brasília, 2002, p. 7.

MOÇAMBIQUE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Inquérito Demográfico e de Saúde*. Maputo, 2004.

MOÇAMBIQUE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ronda Epidemiológica para HIV/SIDA*. Maputo, 2004.

MOÇAMBIQUE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico*. Maputo, 1997.

MOÇAMBIQUE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Adolescentes e Jovens. Relatório Final*. Maputo, 2001, p.5-11.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Direcção de Programas Especiais. *Relatório de Formação de Professores em HIV/SIDA*. Maputo, 2005, p. 26.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Direcção Nacional de Planificação e Cooperação. *Relatório Anual da Direcção ano de 2003*. Maputo, 2005, p. 9-11.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE. Departamento de Assistência Médica, *Relatório TARV*. Maputo, 2004.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção de Saúde da Comunidade. *Relatório Anual das Actividades do SAAJ em 2004*. Maputo, MISAU, 2005, p. 2-7.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospital Central de Maputo. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. *Relatório Anual de 2006*. Maputo, 2006, p. 54.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/ HIV/SIDA do Sector Saúde 2000-2003*. Maputo, MISAU, 2000, p. 31.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/ HIV/SIDA do Sector Saúde 2004-2008*. Maputo, MISAU, 2004, p. 57-59.

MOÇAMBIQUE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Anual dos Atendimentos do GATV em 2005*. Maputo, 2006, p. 8-9.

MOÇAMBIQUE. PLANO DE ACÇÃO PARA REDUÇÃO DA POBREZA ABSOLUTA II 2006-2009. Maputo, 2005.

MOREIRA, Morvan de M. Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino: Riscos de Contrair HIV/Aids ou DST ou Engravidar uma Parceria in: *DÉCIMO TERCEIRO ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, Ouro Preto, 2002, Anais. ABEP.

MUNARI, Denise B. & RODRIGUES, Antonia R. F. *Enfermagem e Grupos*. Goiânia, Editora AB, 1997, p. 17-26.

MUNARI, Denise B.; ZAGO, Márcia M. F. (1995). Grupo de Apoio e Grupos de Auto-Ajuda: Aspectos Conceituais e Operacionais, Semelhanças e Diferenças in: *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro*, 1997, V. 5 (1), p. 35-39.

MUNIST, Mabel; SANTOS, H.; KOTLIARENCO, M. A. *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1998, p. 48-53.

MUNIST, Mavel (1998); BLOOM, R. apud ASSIS, S. G. Resiliência: A Ênfase nos Fatores Positivos in: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Violência faz mal à Saúde*, Brasília, 2004, p. 257.

MUNYURANGABO, T. *Youth Plan for Youth in the Figh Against HIV/AIDS in Rwanda*. International Aids Conference Anais, Durbam, 2000, p. 36.

MUSSEN, Paul H. *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. São Paulo, 1995, Harbra, 3 ed., p. 56-61.

NAJUMA, John (1998). *HIV Positive Women. in Desvendando o Estigma Relacionado ao HIV/SIDA*, ACORD/ Versão Português, 2004, ed. 3, p.6.

NAVARRO, Marli; CARDOSO, Telma. Percepção de Risco e Cognição: Reflexão sobre a Sociedade de Risco in: *Revista Ciências e Cognição*, 2005, Ano 2, v. 6, p. 11-13.

- NEWITT, Malyn. *História de Moçambique*. Europa América Publicações, Lisboa, 1997, p. 41.
- OBASI, A. Antibody to Herpes Simplex Vírus Type 2 as a Marker of Sexual Risk Behavior in Rural Tanzânia in: *Workshop Report Evidence on Condom Effectiveness for STD Prevention*, 2002, 179, p. 24
- OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA. *Relatório Nacional de Moçambique*. Maputo, 2005, p. 12.
- OGOBA, Pita. (1990) The Military as an Obstacle to the Democratization Enterprise. in ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *As Nações Unidas e o Impacto do HIV/SIDA*. Versão Português, 2004, p. 73.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comissão das Nações Unidas sobre Direitos Humanos in: *Relatório Mundial dos Direitos Humanos*, Versão Português, Pequim, 1995, Resoluções 1995:44; 1996:43.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Anual 2003*. Escritório Regional em Moçambique, Maputo, 2004, p. 14-17.
- OSÓRIO, Conceição; ARTHUR, Maria José. *Revisão da Literatura: Saúde Sexual e Reprodutiva, DTS/HIV/SIDA*, Fundo das Nações Unidas para a População. Maputo, 2002, p. 8-11 (Mimeo).
- PAIVA, V. TEIXEIRA, P. R. SHIMMA, E. (ORG). *Ta Dificil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamento Antiretroviral em São Paulo*. São Paulo, 2000, Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS, Universidade de São Paulo, p. 27-78.
- PAIVA, Vera; VENTURI, G.; FRANÇA JR. R.; *Uso do Preservativo, Pesquisa MS/IBOPE*. Ministério da Saúde do Brasil, PN/DST/AIDS, 2003, p. 13.
- PARKER, Richard; AGGLETON, P. *Estigma, Discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro, 2001, ABIA, p. 15-23.
- PARKER, Richard; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, 1994, ABIA, IMS, UERJ. Relume:Dumará p. 88-93.
- PARKER, Richard; CAMARGO, K. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos Antropológicos e Sociológicos in: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2000, p. 89-102.
- PARKER, Warren. Reivindicações e Realidades do Programa de HIV/SIDA da África do Sul: O Exemplo do Programa Lovelife in: *Intercâmbio em HIV/SIDA, Sexualidade e Gênero*, 2003, p. 12, (Mimeo).

- PARRY, Charles; PLUDDMANN, A. Unidade de Pesquisa de Álcool e Consumo de Drogas. Centro de Pesquisa Médica África do Sul e Moçambique. *Boletim SENDU*, Volume 8, publicado em 16/01/2004, 2004.
- PARSONS, Talcott. Uma Visão Geral. in *A Sociologia Americana: Perspectivas, Problemas e Métodos*. São Paulo, 1968, Cultrix, p. 64-66.
- PASSADOR, Luiz Henrique & THOMAZ, O. R. Raça, Sexualidade e Doença em Moçambique in: *Revista Estudos Feministas*, São Paulo, 2006, v. 14 (1), p. 263-286.
- PEREIRA, Ana Maria (2001) Resiliência, Personalidade, Stress e Estratégias de Coping in TAVARES, J. (ORG) *Resiliência e Educação*, São Paulo, Cortez, p. 79-94.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (1998). Bioética : Do Princípalismo à Busca de uma Perspectiva Latino-Americana in: COSTA, S. (org). *Iniciação à Bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina, p. 81-89.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *El Proceso Grupal*. Buenos Aires, 1971, Nueva Vision, p. 123.
- POLEJACK, Larissa; CARVALHO, W. M.E.S. A Adesão ao Tratamento em Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Barreiras e Possibilidades in: *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Brasília, 2005, V. 16(3/4), p. 4-7.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardete. *Fundamentos da Pesquisa de Enfermagem*. Porto Alegre, 1995, p.371.
- POPULATION REFERENCE BUREAU. 2005 *World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau*. Internet. Disponível em www.prb.org . Acessada em 13/04/2006.
- POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI). *Inquérito Nacional sobre a Prevenção do SIDA, Comportamento Sexual e Uso do Preservativo*. Maputo, 2002, p. 3-7.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AIDS (UNAIDS). Relatório Anual 2005, Versão Português, 2006, p. 72-29.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2005: Moçambique*, 2005, p. 13-16.
- PROGRAMA GERAÇÃO BIZ. *Relatório Nacional do Sistema de Monitoria e Avaliação*. Maputo, 2004/2005.

- RASERA, Emerson F. (1999). *Grupo de Apoio para pessoas portadoras do HIV: Negociando Diferenças*. Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, p. 73-76.
- REDE MOÇAMBICANA DE ORGANIZAÇÕES CONTRA A SIDA (MONASO). *Comunicação Pessoal*. Maputo, 2004, p. 3-4 (Mimeo).
- REDE NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE (RENSIDA). *Perfil Sócio-demográfico das PVHS em Moçambique*. Maputo, 2005 p. 32 (Mimeo).
- RUTTER, Michael. Psychosocial Resiliência and Protective Mechanisms in: *American Journal of Orthopsychiatry*, 2000, n. 57, p. 316-331 [Medline].
- SANTOS, Boaventura S. & TRINDADE, J.C. *Conflito e Transformação Social: Uma Passagem das Injustiças de Moçambique*, Porto, Portugal, 2005, p. 141-194.
- SANTOS, Naila, J.S.; BUCHALLA, C.M.; FILIPE, E.V. Mulheres HIV Positivas, Reprodução e Sexualidade in: *Revista de Saúde Pública*, V. 36, S 4, 2002, p. 4-11.
- SCHWALBACH, João. *Circular 85/INS/86 sobre o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. MISAU/Maputo, 1986.
- SCOTT, Joan. Gênero: Uma Categoria Útil de Análise Histórica in: *Revista Educação e Realidade*. Porto Alegre, v. 20 (2), 1995, p. 15-18.
- SEIDL, Eliane M. F. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/Aids in *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, 2006, V.22(3), p.4.
- SEIDL, Eliane, M. F. Humanização de Assistência Obstétrica: Acolhimento da Parturiente in: BRASIL, Ministério da Saúde, *Projeto Nascer, Maternidades*, Brasília, 2002, p. 82.
- SIEBERT, M. & DORFMAN, W. Effective Group HIV and AIDS Composition in: *Journal of Group Psychotherapy*, 1995, n. 7, p. 122-127 [Medline].
- SILVA, J. O. *Comunicação Tem Remédio: A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde*. São Paulo, 1996, Gente, Ed. 2, p.73
- SILVA, Larissa M. P. Construção da Identidade em um Espaço Comunicativo: A Experiência do Grupo Pela Vida in: *Impulso*, São Paulo, 2002, v. 13, p. 92.
- SINGER, M. AIDS and the Health Crisis of the US Urban Poor: The Perspective of Critical Medical Anthropology in: *Social Science and Medicine*, 7 (39), 2004, p. 931-948 [Medline].

SISTEMA DAS NAÇÕES UNIDAS EM MOÇAMBIQUE. *Avaliação Conjunta do País pelo Sistema das Nações Unidas: Moçambique*. Maputo, 2000, p. 21-32.

SONTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo, 1989, Schawarcz, p.123.

SOUZA, Nilzemar; VIETTA, Edna. Benefícios da Interação Grupal in: *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 2004, n. 10 (2), p.9.

SPECTOR, I. C.; CONKIN, R. AIDS Group Psychotherapy in: *International Journal of Group Psychotherapy*, 1987, n. 37, p. 433-439 [Medline].

SPOSITO, Marília Pontes. Estudos sobre Juventude e Educação in: *Juventude e Contemporaneidade*, Revista Brasileira de Educação, São Paulo, 1997, ANPEP, n. 5 e 6, p. 12-16.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA JR, A.; SOUZA, J.P.R. *Situação da AIDS no Brasil: Uma análise dos Indicadores de Monitoramento*, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNDST/AIDS, Brasília, 2004, p. 68-100.

THOITS, Peggy apud SEIDL, Eliane. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/Aids in: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, 2006, V.22(3), p.6.

THOMPSON, John. *Ideologia e Cultura Moderna: Teoria Crítica na Era dos Meios de Comunicação de Massa*. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1995, Vozes, p. 65.

TRIVIÑUS, Augusto N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo, Atlas, 1987, p. 136.

TUNNELL, G. Complications in Group Psychotherapy With AIDS Patients in: *International Journal of Group Psychotherapy*, 1991, n. 41, p. 481-498 [Medline].

VASQUES, Isaac.; RODRIGUES, C; ÁLVAREZ, M. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, 1998, Pirâmide, p. 34-41.

VAZ, Fernando. *Despacho Ministerial para a criação da Comissão Nacional de Combate ao SIDA*. MISAU, Maputo, 1988.

WALSH, Froma. *Strengthening Family Resilience*. New York, London, 1998, Guilford Press, p. 19.

WEISS, E.; WHELAN, D.; RAO GUPTA, G. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*. Washington D.C; International Center of Research on Women, 2005, v.3, p. 24, [Medline].

WERNER, E.E. apud YUNES, Maria Angela M. Psicologia Positiva e Resiliência: O Foco no Indivíduo e na Família in: *Psicologia em Estudo*, 2003, V.8, p.9.

WERNER, Emmy. *Risk and Resilience: Perspectives from the Longitudinal Study in Development and Psychopathology*, 1993, v. 5, 505-511. [medline].

WIGHT, Daniel apud VIEIRA, Cristina. *Percepção de Risco, Crenças e Atitudes face à Transmissão do HIV/SIDA, através de Relações Sexuais*. 1999. Disponível em www.congress.net.

WOOD, John K. *Pequenos Grupos Centrados na Pessoa: Mais que Terapia*. Campinas, São Paulo, 1990, PCSG, p. 9-32, (Mimeo).

YUNES, Maria Ângela; SZYMANSKI, Heloisa. Resiliência: Noção, Conceitos Afins e Considerações Críticas in: TAVARES, J. (org). *Resiliência e Educação*, São Paulo, 2001, Cortez, p. 13-42.

ZAMPIERI, Ana Maria F. *Sociodrama Construtivista da Aids: Método de Construção Grupal na Educação Preventiva da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. Campinas, 1996, Editorial Psy, p. 55

ZIMERMAN, David. *Como Trabalhamos com Grupos*. Porto Alegre, 1997, Artes Médicas, v. 3, p. 38.

ANEXOS

Anexo 1. Roteiro de entrevista

**Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Perfil Sócio-Demográfico

1.1 Sexo masculino Feminino

1.2 Idade 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
 23 24

1.3 Escolaridade

Estuda actualmente

Qual Classe?

Não estuda actualmente Última classe que estudou _____

Razão(ões) de não estar a estudar:

1.4 Situação Conjugal

1.5 Agregado familiar

Quantas pessoas residem com você?

Grau de parentesco

- Pai
- Mãe
- Marido/esposa, namorado(a)/ noivo(a)
- Filhos. Quantos? _____
- Irmãos. Quantos? _____
- Outros parentes. Quantos? _____
- Outras pessoas (não parentes) _____

Quantas pessoas recebem vencimentos (incluindo Tu)? _____

Quantas pessoas com renda sem vencimento fixo todo o mês (incluindo Tu) _____

Estimativa de renda familiar mensal? _____

1.6 Gravidez

Número de gravidezes _____

Quantas delas foi planeada? _____

“Realizaste” pré natal completo (ida as consultas regulares, tomar as vacinas, realizar análises laboratoriais, tomar sulfato ferroso) em quantas delas?

Estás actualmente grávid(o) Não Sim Quantos meses? _____

Número de filhos nascidos vivos _____

Número de filhos actualmente vivos

Número de filhos que residem actualmente com você _____

O(s) pai(s)/mãe(s) participam

- Afectivamente
- Financeiramente

Número de abortos _____ Espontâneo _____
Provocado _____

Seguro

Inseguro

Tens Filho(a) seropositivo?

Sim Quantos? _____ Idade(s) _____

Não

Fase de diagnóstico Quantos? _____

1.7 Trabalho

Estás a trabalhar?

Formal remunerado

Renda mensal? _____ Tipo de trabalho _____

Há quanto tempo? _____

Informal remunerado

Renda mensal? _____ Tipo de trabalho _____

Não tem qualquer tipo de trabalho remunerado

Há quanto tempo? _____

Não está a procura de trabalho.

Porque? _____

Está a procura de trabalho.

Há quanto tempo? _____

(Dificuldades)

1.8 Residência

Vives em Zona rural ou Urbana? Urbana

Rural

Tens em casa: TV Rádio água canalizada corrente elétrica

1.9 Professa alguma religião?

Não professo nenhuma religião

Católica

Muçulmana

Protestante/Evangélica

Sião/Sione

Animista

Outra? Qual _____

Segue os dogmas da religião

Não

Sim,

Totalmente _____

Sim,

Parcialmente _____

1.10 Participastes de rito(s) de iniciação alguma vez na tua vida?

Não (Porque?)

Sim Que idade tinhas? _____

O que foi ensinado/abordado no(s) rito(s) de iniciação?

O que avalias que ele trouxe de bom para a sua vida?

O que avalias que ele trouxe de ruim para a sua vida?

1.11 Praticas algo da medicina tradicional tradicional?

Não

Sim. Descreva

1.12 Praticas algum ritual da cultura tradicional?

Não

Sim. Descreva

2. FASE PRÉ DIAGNÓSTICA

2.1 Participação Comunitária

2.1.1. Já participaste de actividades comunitárias como por exemplo: associado, activista/voluntário, fórum estudantil, partido(s) político

Não. Porque? _____

Sim. O que te estimulou a participar? _____

Tipo de actividade _____

Instituição _____

Por quanto tempo _____

2.1.2 – Já participaste de algum evento, formação, auscultação pública, ou outras actividades ligadas ao HIV/SIDA?

não

Sim

Tipo de actividade _____

2.2 Vulnerabilidade para infecção pelo HIV

2.2.1 Com que idade tiveste a 1ª relação sexual com penetração?

Ela foi planificada? Não Sim

Ela foi consentida?

Não

Sim Porque a tiveste?

Que tipo de relacionamento tinha com essa pessoa?

- marido/esposa
- namorado(a)/Noivo(a)
- amigo
- Alguém que tinha acabado de conhecer
- Professor(a)
- Parente primo(a), cunhado(a), tio(a)
- Padastro/madastra
- Namorado(a) da mãe/pai
- Chefe/patrão
- Lídere comunitário
- Lídere religioso(a)
- Outro(a) Quem? _____

Que idade tinha o(a) parceiro(a) com que teve sua primeira relação

- Praticamente a mesma idade
- Muito mais velho(a)
- Muito mais novo(a)
- Não se recorda

Se sentia preparada(o) para ela?

- Sim.
Porque? _____

- Não
porque? _____

Não recorda

2.2.2 Como Avalia seu nível de informação sobre as formas correctas de infecção pelo HIV quando teve sua primeira relação sexual com penetração?

- Não conhecia a existência do HIV/SIDA
- Conhecia a existência do HIV/SIDA, mas nenhuma das formas de transmissão
- Conhecia todas as formas de infecção do HIV

- Conhecia algumas formas de infecção do HIV
 - Relação sexual
 - TV
 - Via sanguínea

Observações

2.2.3 Tu usaste preservativo?

- Sim Porque?
 - Para evitar DTS/HIV/SIDA
 - Para não engravidar

Observações

Quem sugeriu o uso?

- Eu sugeri e ele(a) aceitou sem ser necessário negociar (anterior)
- Eu sugeri e ele(a) aceitou sem ser necessário negociar (no ato)
- Ele(a) queria e eu aceitei sem ser necessário negociar (anterior)
- Ele(a) queria e eu aceitei sem ser necessário negociar (ato)
- Eu queria e o(a) meu (minha) parceiro(a) não, mas consegui negociar (anterior)
 - Eu queria e o(a) meu (minha) parceiro(a) não, mas consegui negociar (ato)
 - Eu não queria mas meu (minha) parceiro(a) sim e consegui negociar (anterior)
 - Eu não queria mas meu (minha) parceiro(a) sim e conseguiu negociar (ato)
- Não lembro quem sugeriu

Não Porque?

- Não conhecia (não tinha informação)
- Nem pensei nisso
- Não tinha na hora
- Não sabia onde conseguir
- Não tinha coragem de comprar
- Não sabia como usar
- Parceiro(a) não quis
- Tentei negociar mas ele(a) não quis
- Parcerio(a) tentou negociar mas eu não quis
- Estava bêbado(a) drogado(a) e não lembrei
- Nem falamos no assunto
- Não tive coragem de falar no assunto

- Usava ou método anticonceptivo
- Confiava no(a) parceiro(a)
- Outro(s)

Não lembro porque não usei

Observações _____

Não lembro

2.2.4. Até descobrires sua seropositividade qual(ais) meio(s) recebias informação sobre HIV/SIDA?

- Pai
- Mãe
- Outros familiares
- Professores(as)
- Profissionais de saúde
- Rito de iniciação
- Amigos(as)
- Líderes comunitários
- Jornal
- Tv
- Radio
- Panfletos/revistas educativas
- Activistas
- Outras (Qual?)

2.2.5 Nos últimos 10 anos, quando tinhas um problema de saúde mais grave, tu procuravas

- Unidades sanitárias
 - Medicina tradicional (curandeiro)
 - Farmácia
 - Outros
- _____

2.2.6 Já deixaste de ir ao serviço de saúde por falta de dinheiro

- Não
- Sim, uma vez
- Sim, poucas vezes
- Sim, muitas vezes

2.2.7 Já deixaste de comprar o remédio receitado por falta de dinheiro

- Não
- Sim, uma vez
- Sim, poucas vezes
- Sim, muitas vezes

2.2.8 (Lembrando que é fase pré diagnóstico) Na sua história de vida sexual, como tu avalias o uso do preservativo nas suas relações sexuais

Não usava nunca

Porque?

Usava a vezes

Porque (inclusive critérios)? _____

Usava sempre _____

2.2.9 Tu sentias que estava exposto(a) ao risco para infecção pelo HIV?

Não

Porque?

Sim. Porque? Qual a(s) dificuldade(s) de mudar o comportamento? _____

2.2.10 Em relação a acidente com uso de preservativo em tuas relações sexuais, tu diz que:

- Nunca aconteceu
- Aconteceu algumas poucas vezes
- Aconteceu muitas vezes
- Sempre acontecia

Observações _____

2.2.11 Como tu avalias a negociação do preservativo em suas relações sexuais

- Nunca negocie
- Nunca tive dificuldade em negociar
- Tinha dificuldades com parceiros(a) fixos (eu não queria ele(a) não queria)
- Tinha dificuldades com parceiros(a) eventuais (eu não queria ele(a) não queria)
- Tinha dificuldades com parceiros fixos e eventuais

Observações _____

2.2.12- Já sofreste alguma violação sexual

- Não
- Sim, uma vez
- Sim, mais de uma vez

Natureza do agressor :

- Desconhecido(a)
- Namorado(a)
- Familiar Quem? _____
- Amigo(a)
- Vizinho(a)
- Professor(a)
- Outro(a) Quem? _____

Contaste o facto para alguém?

- Sim

Para quem? _____

Providências tomadas? _____

- Não Por que? _____

2.2.13 Quantos(as) parceiros(as) sexuais diferentes tu tinhas em média por mês?

- menos de 2
- 3-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- mais de 20

Observações _____

2.2.14 Em relação a manter relações sexuais após ingestão de álcool ou drogas (a ponto de te deixar grosso)

- Álcool Nunca Sim, raramente Sim frequentemente
Drogas Nunca Sim, raramente Sim frequentemente

Observações _____

2.2.15 Alguma vês já fizeste sexo por dinheiro ou para ter algum bem ou vantagem?

- Não
 Sim, uma vez
 Sim, algumas vezes
 Sim, muitas vezes

Se sim, com quem? (podes assinalar mais de uma alternativa)

- Homen/mulheres s mais velhos(as)
 Professor(a)
 Chefe/patrão(oa)
 Desconhecido(a)
 Amigo(a)
 Curandeiro(a)
 Profissional de saúde
 Outros _____

Observações _____

2.2.16 Qual (ais) formas possíveis de teres se infectado?

- Via sexual com parceiro(a) fixo(a)
 Via sexual com parceiro(a) eventual
 Transfusão de sangue
 Compartilhamento de seringa/agulha (UDI)
 Compartilhamento de material contaminado (Serviço de saúde)
 Compartilhamento de material contaminado (Rituais/curandeiro)
 Transmissão vertical
 Relação sexual não consentida
 Acidente ocupacional (inclusive cuidado com pessoas com PVHS)
 Rompimento de preservativo
 Feitiço
 Outra (Qual? _____)

Observações _____

2.2.17 É importante para você saber que pessoa/situação lhe infectou?

- Eu sei quem foi
 Não, sem importância Porque? _____
 Sim, tem importância Porque? _____

2.2.18- Já praticaste algum(ns) ritual(is) ou orientação da medicina tradicional que tiveste risco para a infecção pelo HIV?

- Não
 Sim

Que tipo? _____
Quem recomendou? _____
Sabias que tinha risco? _____
Sua pais tinham conhecimento _____
Você concordou com o procedimento? _____

2.2.19 – No seu grupo de amizade, seus (suas) amigos(as) costumavam falar sobre uso do preservativo?

- Não falavam
 falavam raramente
 Sempre falavam

2.2.20 No seu grupo de amizade seus(suas) amigos(s) relatavam que usavam preservativo?

- Não sei, nunca falaram sobre esse assunto
 Diziam que não usavam Porque? _____
 Diziam que usavam todas as vezes
 Diziam que usavam somente com parceiros(as) eventuais
 Diziam que usavam somente com pessoas que conheciam pouco

Observações _____

2.2.21. Com que frequência fazias o seguinte

Ouve a rádio Nunca Menos de 1 vez por semana Alguns dias da semana Todos os dias

- Assiste TV Nunca Menos de 1 vez por semana Alguns dias da semana Todos os dias
- Lê revista Nunca Menos de 1 vez por semana Alguns dias da semana Todos os dias
- Lê Jornal Nunca Menos de 1 vez por semana Alguns dias da semana Todos os dias
- Usa a Internet Nunca Menos de 1 vez por semana Alguns dias da semana Todos os dias

3. FASE DIAGNÓSTICA

3.1 Quando e como ficaste sabendo da tua seropositividade? _____

3.2 A primeira vez que realizaste o teste para HIV deu positivo?

Sim

Não. Quantos já havia realizado antes com resultado negativo? ____ Porque refez?

Não lembro

3.3 Quanto tempo demoraste entre querer/achar que devia/solicitação até realizá-lo?

3.4. A decisão de realizar o teste foi compartilhada com alguém?

Não.

Porque?

Sim.

Com quem? _____

Porque? _____

Pai/Mãe

Irmão(ã)

Outros familiares Quem? _____

Amigo(a)

Activista

Profissional de saúde

Outro(a) Quem? _____

3.5 Por que realizaste o(s) teste(s) que revelou sua seropositividade?

- Percepção de risco
- DTS
- Pedido de profissional de saúde (sem sintoma)
- Pedido de profissional de saúde (sintoma)
- Pedido de profissional de saúde (pré natal)
- Conhecimento da seropositividade do(a) parceiro(a)
- Banco de sangue
- Exame para iniciar emprego
- Descoberta da seropositividade de filho(a)
- Teste conjunto com parceiro(a) para iniciar relacionamento sexual
- Outros Qual? _____

Eu não sabia que estava fazendo o teste ? Porque? _____

Observações _____

3.6 Teve dificuldade de ter acesso ao local para realizar o teste?

- Não
- Sim, porque não conhecia nenhum local
- Sim, porque não tinha dinheiro para transporte
- Sim, porque perto de onde eu vivo não há local de realização do teste
- Sim, outro(s) motivo(s) _____

3.7 Depois de ter tido resultado positivo no teste, realizou outra vez para confirmar, sem ser por solicitação do profissional de saúde?

- Não
- Sim, mais uma vez
- Sim, mais duas vezes
- Sim, mais três vezes
- Sim, quatro ou mais vezes

3.8 Onde realizaste o teste que revelou a sua seropositividade pela primeira vez?

- GATV
- HDD
- SAAJ do HCM
- Outro SAAJ
- Banco de sangue
- Hospital que estava de baixa
- Clínica particular
- Unidade Sanitária (Centro de Saúde/ Hospital
- Outro local. Onde? _____

Observações (Por que escolheste este local?) _____

3.9 Neste teste, tu recebestes aconselhamento pré- teste?

Não Porque? _____

Sim

Dos procedimentos abaixo, qua(is) recebeste na ocasião:

- Perguntaram a razão de tu fazeres o teste
- Informaram qual as possibilidades de resultado
- Perguntaram se tu se sentias preparado para fazê-lo
- Informaram sobre o tratamento caso o teste fosse positivo
- Investigaram a janela imunológica
- Prestaram/ofereceram apoio emocional
- Discutiram o compartilhamento da informação

Como avalias o aconselhamento pré teste recebido nessa ocasião? Porque?

- Ruim
- regular
- Bom
- Ótimo

Observações

Recebeste Aconselhamento pós-teste?

Não Porque? _____

Sim

Dos procedimentos abaixo, qua(is) foram recebidos na ocasião:

- Informação sobre o significado do resultado positivo
- Apoio emocional
- Encaminhamento para tratamento (verbal)
- Encaminhamento para tratamento (escrito)
- Encaminhamento para psicologia
- Orientações sobre prevenção e reinfeção
- Solicitar a vinda de(a) parceiro(a) para o teste
- Cuidados com nutrição
- Oferta de preservativo

- Testagem de filhos(as)
- No caso de estar grávida, encaminhamento para PTV

Quanto tempo durou esse atendimento pós-teste

- 05 minutos
- 10 minutos
- 15 minutos
- 20 minutos
- 30 minutos
- 40 minutos
- Uma hora
- mais de uma hora
- Não me recordo

Como tu avalias o aconselhamento pós-teste

- Ruim
- regular
- Bom
- Ótimo
- Não me recordo

Observações

Na ocasião que recebeste o resultado estavas sozinho(a)?

- Sim
- Não. Tu estavas com quem?

(Quem? _____)

- Amigo(a)
- Marido/Esposa
- Namorado/namorada
- Parceiro(a)
- Outro(a) Quem? _____

Observações

3.10 Sofreste algum tipo de constrangimento quando recebestes o resultado do teste?

- Não
- Sim

Observações

3.11 Quando realizaste o teste , tinhas parceiro(a) fixo(a)?

Não

Sim, ele sabia que eu ia realizar o teste

Sim, ele(a) não sabia que eu ia fazer o teste

Sim, ele realizou o teste junto comigo

O que dizia seu/sua parceiro sobre a situação serológica dele/dela?

Nunca falamos sobre isso

Nunca tinha realizado o teste

Tinha realizado o teste com resultado negativo

Tinha realizado o teste com resultado positivo

Observações

3.12 Como reagiste na hora que soube o resultado?

Tranquilo(a) pois eu já esperava o resultado positivo

Não acreditei no resultado

Fiquei imaginando quem havia me infectado

Fiquei desesperado(a)

Chorei muito na sala

Passei mal que tiveram de me socorrer

Pensei em me matar

Fiquei mudo e não consegui falar nada

Fiquei firme e só fui chorar lá fora

Outra

Observações

3.13 O que fizestes/pensastes quando saíste do local que recebeste o resultado positivo pela primeira vez?

3.14 Na sua opinião quais os motivos para tantos jovens não realizarem o teste aqui na cidade de Maputo?

- Porque têm medo do resultado
- Porque não têm comportamentos de risco
- Porque não têm consciência do risco
- Porque não acreditam no HIV
- Porque têm medo de serem vistos por pessoas conhecidas
- Porque não sabem onde fazer
- Porque acreditam que se der positivo não vão ter acesso a tratamento
- Porque têm vergonha do profissional de saúde
- Por medo de quebra de sigilo dos profissionais do serviço
- Porque é melhor não saber o resultado (não adianta nada)
- Outro(s) _____

Observações

4. FASE PÓS DIAGNÓSTICO (Anterior a participação no grupo de convivência)

4.1- Impacto do diagnóstico

4.1.1 O que mais lhe preocupou nos dias após ter sabido da sua seropositividade? (Pode-se assinalar mais de uma alternativa)

- Ficar doente
- Morte
- Preconceito
- Acharem que você era promíscuo(a)
- Medo que alguém descobrisse Quem? _____
- Contar a(o) parceiro (a)
- Contar aos familiares
- Preocupação com o filhos(as)
- Ter de parar de estudar
- Perder o emprego
- Não ter tempo para realizar projectos de vida
- Não ter acesso ao tratamento
- Perder a beleza física

- Da quebra de sigilo do serviço de saúde onde realizou o teste
 - Vergonha de ir a um HDD e ser visto por alguém
 - Vergonha do profissional de saúde
 - Outro(s)
-

Observações

4.1.2 Após o diagnóstico você mudou rotinas/hábitos

- Não Porque?
-

Sim

- Deixei de estudar
- Deixei de trabalhar
- Me isolei em casa e não fazia mais nada (depressão)
 - Fiquei revoltado com o mundo
 - Larguei algumas actividades domésticas que exigiam esforço físico
 - Aumentei minha ida a igreja/templo/mesquita
 - Deixei de praticar esporte
 - Mudei minha alimentação para alimentos mais saudáveis
 - Deixei de comer alguns alimentos que faziam mal (qual(is)? _____
 - Deixei de tomar bebidas alcoólicas
 - Aumentei o uso de bebidas alcoólicas
 - Reduzi a ingestão de bebidas alcoólicas
 - Deixei de fazer uso de drogas
 - Aumentei o uso de drogas
 - Reduzi o uso de drogas
 - Deixei de sair a noite para não perder horas de sono
 - Passei a sair mais e me divertir
 - Abandonei meus amigos(as)
 - Terminei o namoro
 - Parei de ter relações sexuais
 - Aumentei a quantidade de relações sexuais
 - Larguei o uso do preservativo
 - Passei a usar preservativo em todas as relações sexuais com o meu/minha parceiro(a) fixo(a)
 - Passei a usar preservativo com os parceiros(as) eventuais

4.1.3 Pensaste alguma vez em praticar o suicídio?

- Não
- Sim

Observações

4.1.4 Quanto tempo ocorreu entre o diagnóstico e a busca por tratamento?

- Imediatamente
- 1 mês
- 2- 5 meses
- 6-11 meses
- 1 ano
- 2 anos
- Mais de dois anos (Quantos?)

Porque?

- Não sabia onde procurar
- Tentei, mas não tinha vaga
- Não achei que adiantava tratamento
- Tinha vergonha de ser visto por alguém
- Tinha vergonha do profissional de saúde
- Outro (Qual?)

Observações

4.1.5 Onde iniciaste o tratamento?

- SAAJ
- HDD
- Outra Unidade Sanitária
- Projecto de ONG

Porque se transferiu para o SAAJ?

4.1.6 Pensaste em procurar alguma Associação de PVHS?

- Não
- Sim, mas não fui Por que? _____
- Sim, fui
 - Me vinculei
 - Não me vinculei Porque? _____

4.2 Compartilhamento do diagnóstico

4.2.1 Compartilhaste o diagnóstico com alguém

Não

Sim, com quem?

Observações

4.2.2 Quando soube do diagnóstico tinhas parceiro(a) fixo(a) (marido/esposa/namorado(a))?

Não

Sim, não contei a ele(a)

Sim, contei imediatamente e continuamos juntos

Sim, contei imediatamente e nos separamos

Sim, contei depois de algum tempo e continuamos juntos

Sim, contei depois de algum tempo e nos separamos

Nessa ocasião ele sabia o estado serológico dele(a)

Não sei se ele sabia seu estado serológico

Ele não tinha feito o teste e não foi até hoje porque?

Ele(a) não sabia e foi fazer o teste Positivo

Negativo

Ele(a) não sabia e não sei se foi fazer o teste

Ele(a) sabia que era seropositivo e não tinha me

dito nada

Observações

4.2.3 Iniciaste algum namoro/casamento após o diagnóstico

Não

Sim

Contei minha situação serológica

reação negativa positiva indiferente não

acreditou

Não contei minha situação serológica porque? _____

4.2.4- (Lembrando que é fase anterior a participação no GC))
Nesse período como tu avalias o uso do preservativo nas suas relações sexuais

Não usava nunca Porque? _____

Usava a vezes Porque (critérios)? _____

Usava sempre _____

Se não usava sempre

Sentia-se culpado por poder estar a infectar o(a) parceiro(a)

Sim Não

Sentia-se preocupado(a) com a reinfeção

Sim Não

4.2.5 – A que tipo de preconceito acreditas que poderia estar exposto(a) caso revelasse sua seropositividades as pessoas

4.3 Tratamento

4.3.1 Há quanto tempo está em segmento no SAAJ?

4.3.2 Você se sentia a vontade de falar de sua vida íntima com os profissionais de saúde que lhe atendem?

Não Porque? _____

Sim Porque? _____

Observações

4.3.3 Como você avalia seu comportamento em relação ao tratamento?

- Regularidade nas consultas Bom Regular Ruim
 Seguimento das orientações Bom Regular Ruim
 Cumprimento do dia da consulta Bom Regular Ruim
 Cumprimento do horário da consulta Bom Regular Ruim
 Ingestão de medicamentos Não faço uso Bom Regular Ruim
 Realização das análises Bom Regular Ruim

Observações

4.3.4 Fazia uso de medicamentos ARV?

Não _____

Sim

• Quanto tempo? _____

• Já tiveste algum efeito colateral ?

Não

Sim, Qual(is)? _____

• Tens confidente

Não

Sim, (ligação)? _____

 Porque a(o) escolheste? _____

• No que ele(a) ajuda no seu tratamento?

Lembra-me da consulta

Ajuda a não esquecer do remédio

Vai comigo às consultas

Vai comigo nas análises

Conversa comigo sobre a minha vida (apoio emocional)

Observações

4.3.5 Na sua opinião porque tantos jovens que sabem que são seropositivos não procuram tratamento?

- Porque têm medo de serem vistos por pessoas conhecidas
 Porque não sabem onde buscarem
 Porque têm vergonha do profissional de saúde
 Por medo de quebra de sigilo dos profissionais do serviço
 Porque não adianta mesmo

Outro(s) _____

4.3.6 Já sofreste algum tipo de preconceito por ser seropositivo fora do serviço de saúde?

Não

Não, porque ninguém sabe da minha seropositividade

Tens medo de sofre preconceito?

Sim, De que tipo _____

Não Porque? _____

Sim

De quem? _____

Que tipo? _____

5. PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE CONVIVENCIA

5.1- Porque aderiu ao grupo

5.2 Quanto tempo depois de estar em tratamento procurou o grupo de convivência?

5.3 Hesitou em participar do grupo?

Sim. Porque?

Não

Porque? _____

—

5.4 Como imaginavas que era o grupo?

5.5 O grupo de convivência ajudou no enfrentamento da sua seropositividade?

Não

Sim

Vida afectiva

Vida sexual

Relacionamento familiar

Amizade

Tratamento/medicamentos/ relação com os profissionais?

Estado psicológico/ auto estima

Informação sobre Saúde

Crescimento pessoal

Participação em eventos/ activismo relacionados a saúde/HIV/SIDA

Participação nas actividades do SAAJ (prevenção/tratamento)

Outros

5.6 Você se sente a vontade de falar de sua vida íntima com os profissionais de saúde que lhe atendem?

Não Porque?

Sim Porque?

5.7- Atualmente tu fazes uso do preservativo nas suas relações sexuais

Nunca Porque? _____

As vezes Porque (critérios)? _____

Sempre

5.7 Como você avalia seu comportamento actual em relação ao tratamento?

Regularidade nas consultas	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Seguimento das orientações	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Cumprimento do dia da consulta	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Cumprimento do horário da consulta	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Ingestão de medicamentos	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Não faço uso	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Realização das análises	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim

5.8 Sabes dizer qual o valor do seu CD4

Não Porque? _____

Sim Quanto? _____

6. Projectos/ percepções do Futuro

6.1 Cite 3 coisas/situações que compõem seu projecto para o futuro?

6.2 O que pensa em relação a maternidade seropositiva?

6.3 Sentes desejo de contribuir para a prevenção ou para a mitigação do impacto de alguma forma?

Não Porque?

Sim Porque?

Como?

6.4 Se os membros do GC fundassem uma Associação de jovens seropositivos:

• Você teria desejo de fazer parte?

Não Porque?

Sim Porque?

Mesmo que isso fosse expor sua seropositividade

Não

Sim

6.5 Acreditas que terias coragem de revelar sua seropositividade em público, se isso fosse em prol da melhoria do tratamento ou contra o preconceito das PVHS?

Não Porque? _____

Sim Porque/ _____

Desejas relatar alguma informação que não foi solicitada?

Anexo 2. Consentimentos Informados

Participantes da Pesquisa CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO Grupo de Convivência

Pesquisa: Vulnerabilidade e Resiliência entre Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/SIDA em Maputo, Moçambique

Universidade de Brasília

A. Proposta

O Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, Brasil, oferece cursos para obtenção do título de Mestrado e Doutorado. Eu, Leonardo Guirao Junior, sou aluno deste Programa, e estou a levar a cabo um estudo para conclusão do curso de doutorado neste SAAJ, com os adolescentes e jovens em tratamento. A pesquisa já foi analisada e autorizada pela Coordenação do SAAJ e pelo Ministério da Saúde de Moçambique.

O estudo tem como objectivo contribuir para as políticas e programas de saúde para os adolescentes e jovens em Moçambique, principalmente para aqueles que estão a viver com HIV/SIDA.

É importante que saiba, que além de facilitador do grupo, estarei muitas vezes anotando algumas falas dos participantes, para depois incluir na pesquisa, sem citar o nome de quem falou ou qualquer informação que possa identificá-la. O estudo quer conhecer os motivos que facilitaram que os rapazes e raparigas aqui do grupo tenham se infectado pelo HIV e como estão a enfrentar soropositividade.

B. A participação é voluntária

Eu estou sendo convidado(a) a participar deste estudo e me explicaram que a participação nele é completamente voluntária e eu tenho o direito de não autorizar ou desistir que as minhas faladas sejam usadas para o estudo a qualquer momento. Estou informado de que não há nenhum risco implicado na participação neste trabalho.

C. Confidencialidade

As informações apanhadas no grupo serão mantidas de maneira sigilosa. Não haverá nenhuma forma de identificação pessoal ou do meu nome nos relatórios, publicações e outras formas de divulgação dos resultados deste estudo.

D. Riscos e benefícios

Não há benefício directo em participar. As informações geradas poderão contribuir para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e identificar formas de apoiar os profissionais em suas tarefas, bem como aos pacientes. Em longo prazo, as informações poderão ajudar a melhorar as políticas e programas de saúde para os jovens. Todos os cuidados serão tomados para garantir a confidencialidade dos dados deste estudo. Todo material obtido será guardado em local fechado com acesso restrito.

E. Consentimento

O pesquisador perguntou-me sobre o interesse em participar. A minha participação é voluntária.

Data ____/____/____

Assinatura do voluntário

Assinatura do Pesquisador

Participantes da Pesquisa
CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO
ENTREVISTA INDIVIDUAL

Pesquisa: Vulnerabilidade e Resiliência entre Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/SIDA em Maputo, Moçambique

Universidade de Brasília

A. Proposta

O Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, Brasil, oferece cursos para obtenção do título de Mestrado e Doutorado. Eu, Leonardo Guirao Junior, sou aluno deste Programa, e estou a levar a cabo um estudo para conclusão do curso de doutorado neste SAAJ, com os adolescentes e jovens em tratamento. A pesquisa já foi analisada e autorizada pela Coordenação do SAAJ e pelo Ministério da Saúde de Moçambique.

O estudo tem como objectivo contribuir para as políticas e programas de saúde para os adolescentes e jovens em Moçambique, principalmente aqueles que estão a viver com HIV/SIDA.

O estudo quer conhecer os motivos que facilitaram que os rapazes e raparigas aqui do grupo tenham se infectado pelo HIV e como estão a enfrentar a soropositividade.

Estou a convidá-lo(a) para uma entrevista individual sobre fatos que ocorreram em sua vida e sua opinião sobre alguns temas. Esta entrevista está prevista no Estudo.

B. A participação é voluntária

Eu estou sendo convidado a participar de entrevista individual que faz parte do estudo e me explicaram que a participação nela é completamente voluntária e eu tenho o direito de não autorizar ou desistir desta entrevista a qualquer momento, sem consequências para a minha vida pessoal ou no serviço de saúde.. Estou informado de que não há nenhum risco implicado na participação neste trabalho.

C. Confidencialidade

As informações apanhadas nas entrevistas serão mantidas de maneira sigilosa. Não haverá nenhuma forma de identificação pessoal ou do meu nome nos relatórios, publicações e outras formas de divulgação dos resultados deste estudo.

D. Riscos e benefícios

Não há benefício directo em participar. As informações geradas poderão contribuir para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e identificar formas de apoiar os profissionais em suas tarefas, bem como aos pacientes. Em longo prazo, as informações poderão ajudar a melhorar as políticas e programas de saúde para os jovens. Todos os cuidados serão tomados para garantir a confidencialidade dos dados deste estudo. Todo material obtido será guardado em local fechado com acesso restrito.

E. Consentimento

O entrevistador perguntou-me sobre o interesse em participar. A minha participação é voluntária.

Data ____/____/____

Assinatura do voluntário

Assinatura do Pesquisador