

1ª Assembleia Geral do CODESRIA a ter lugar em Maputo, Moçambique de 6 a 10 de Dezembro

Repensar o desenvolvimento Africano: para além do impasse, as alternativas

Sub-tema: Até que ponto os imperativos culturais, tradições e costumes têm impacto na propagação do HIV/SIDA¹?

Ana Monteiro

Cultura conceito que por si só é bastante complexo de forma resumida pode-se dizer que cultura é a força directiva sobre a acção humana. Ela está em qualquer parte da vida humana e da sociedade, e *“fenómenos culturais são partilhados com outras pessoas sendo meio de relação inter-subjectiva e acção comunicativa”*. Fenómenos culturais tem ambas *“linhas de orientação e raízes”* caminham em muitas direcções ao mesmo tempo, *“não há uma simples origem que explica tal fenómeno de forma integral e nem mesmo uma única direcção que sumariza os totais dos significados e seus efeitos”* Fornas (1995:1,3). Cultura encerra poder, podendo-se manifestar na sociedade de diversas formas. Ela não somente dá identidade como também lida com problemas que preocupam os indivíduos e sobrevive porque satisfaz as necessidades das pessoas, embora possa ter capacidade de mudança, e de adaptação a novas circunstâncias. É neste contexto que pretendo nesta apresentação discutir as descontinuidades e continuidades culturais no contexto de HIV/SIDA e sexualidade. HIV/SIDA é um desafio a noções que temos assumido de que a comunicação tem tido lugar num ambiente cultural limitado cujos os termos tem um conhecimento comum. A realidade é uma contestação diária e contínua quando os índices do HIV/SIDA no país são crescentes. Num tal ambiente, existe cruzamento de conhecimentos do moderno para a chamada cultura “tradicional”. HIV/SIDA torna-se complexo porque a forma de olhar, perceber, actuar designar o vírus é diferenciado dependendo do espaço da sua propagação e do ambiente cultural especialmente do global versus local, centro versus periferia.

Palavras Chaves: Cultura, Continuidades, descontinuidades, HIV/SIDA, Global e periferia

A apresentação pretende discutir desafios que a pandemia do combate ao HIV/SIDA impõe ao mundo e Moçambique em particular. Falar sobre HIV/SIDA em Moçambique está -se a falar de um fenómeno que está a acontecer num determinado espaço

¹ HIV (Vírus de Imunodeficiência Humana) é um vírus que transmite a SIDA.

¹ SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) conjunto de infecções causadas pelo vírus, que atacam e destroem certas células do organismo essenciais ao sistema imunológico.

geográfico, habitado por diversos extractos populacionais, um multicultural com cerca de vinte grupos sub-culturais e seis grandes sub-grupos linguísticos tais como Tsonga, Sena/Ndau, Lomwe/Chuabo, e Macua fora dos descendentes de portugueses, asiáticos e europeus (Arnaldo 2002). Onde cada uma dessas subculturas, constitui um motivo de orgulho dos seus proprietários na sua realização cultural, histórica, no contexto da supremacia de suas crenças religiosas, das suas práticas sexuais e de culinária. Ou ainda no qual cada cultura é única e distinta mas nenhuma é superior (Rubel et all 1985:1). HIV/SIDA torna-se complexo porque a sua forma de olhar, perceber, actuar designar o vírus e mesmo de sua prevenção soa diferenciados dependendo do espaço de sua propagação e do ambiente cultural especialmente do global versus local, do centro versus periferia. A pandemia do HIV/SIDA constitui um desafio a noções que temos assumido de que a comunicação tem tido lugar num limitado ambiente cultural cujos os termos tem um conhecimento comum.

Monteiro (2003:78) na sua tese de MA sob o título as *“Múltiplas Vozes como um Novo Discurso contra HIV/SIDA em Moçambique: Um estudo etnográfico na cidade de Maputo”*, ao questionar os praticantes da medicina tradicional sobre as formas de conceitualização da pandemia do HIV/SIDA encontrou seguintes respostas: um dos informantes respondeu *“ tradicionalmente HIV/SIDA era chamado “Xibolani”, e como doença já existia a bastante tempo, quando a doença apareceu era chamada “Xilaitani”. Agora de “Xibolani” passou a SIDA. Não se trata de uma doença nova já existia a muito tempo e veio de estrangeiro e era transmitida as mulheres.* No ponto de vista do entrevistado a doença sempre foi e continua ser curável tradicionalmente dependendo do estágio da doença. O entrevistado no esforço de tornar suas ideias claras prosseguiu dizendo, *“ o que se chama sida hoje era “Xibolani”. O que significa que é algo em decomposição.*

Um outro informante usando a metáfora definiu a doença de seguinte modo. *“SIDA pode ser comparada com uma manga, as vezes podes ver uma manga na árvore muito bonita, e pronta para ser comida. Contudo, quando pegas nela e cortas dá-te conta de que por dentro incluindo a semente está a apodrecer. Aqui, o problema foi de base começou com a*

flor porque existe alguns insectos que deixam larvas nas flores, e assim a semente e manga crescem bonitas por fora, mas putrefactas por dentro. É, assim como eu vejo e defino a SIDA”).

Um outro informante disse, “*SIDA é diferente de DTS, porque se alguém contrai esta segunda hoje especialmente se é homem uma semana depois ou mesmo antes de uma semana a doença começa a manifestar-se com muita rapidez. No caso da mulher é diferente porque leva mais que duas semana para se manifestar, as vezes podes pensar que é outra doença enquanto é uma DTS ou outra doença sexualmente transmitida*”. Comparando as diferentes percepções e formas de conceitualização considero a segunda como a mais abrangente pois cobre os dois conceitos HIV que a identifica como uma larva e SIDA como a semente putrefacta. E porque não é possível discutir o fenómeno HIV/SIDA sem fazer menção a questões relativas ao sexo e sexualidade. Sexo em termos conceptuais constitui uma motivação biológica e é algo natural, sexo tem história e é de construção social (Thornton 2003:1,5). Para o autor sexo embora seja praticado no domínio a dois é também um gerador primário de papeis, actividades, e significados sociais assim como bem social. O que significa que embora sexo possa ser visto fora da cultura acaba tendo uma significação cultural. Porque em última instancia é vista como procriação, recreação e ‘ criação de papeis ‘ (Thornton 2003:19). Sexo tem valor, significado e poder de tal modo que embora com ameaça da pandemia da Sida cujos índices aumentam diariamente a prática sexual faz parte do quotidiano. Assim, ao falarmos do comportamento sexual temo de uma maneira ou de outra lidar com o conceito sexualidade conceito bastante complexo o qual fora de ser produto de construção social depende da religião e cultura na qual o indivíduo nasce no caso concreto da mulher, não cria espaço para troca numa relação pessoal com o sexo posto. O que cria dificuldades na promoção de uma nova concepção integral do sexo na sua diversidade, assim vezes há em que sexualidade inclui a degradação física, afectiva, e social (Bono, I. et al 2002). Por exemplo em algumas regiões do país sexualidade, é usualmente praticada muito cedo e de forma consciente, sendo um factor de risco para saúde e vida humana. O conceito torna-se extremamente complexo porque está ligada ao prazer sexual e joga um papel no ambiente a “dois” Thornton (2004). Está também ligada com reprodução “que é o meio de criar os

humanos” (Thornton 2004). E porque sexo está aberto aos hábitos e emoções leva os indivíduos ou comunidades a terem dificuldades em separar a sexualidade da reprodução pelo facto de ser um elemento cultural que reage as forças externas que tendem impor novos princípios comportamentais. Sexualidade está também ligada as relações de poder tornando se assim num instrumento de controle masculino (Foucault 1999), o que significa que também está ligada as *relações de género*² e daí ter uma relação muito estreita com resistência³ (descontinuidades). Os índices crescentes do HIV/SIDA no país, parecem estar a confirmar esta contrariedade que pode resultar do apelo fraco as linguagens e formas de conhecimento diferentes, se considerarmos que no país existe cruzamento de conhecimentos do moderno para a ‘chamada cultura tradicional’ nos quais o HIV/SIDA encontra esforços de sua prevenção e tentativas de cura embora ainda não possível.

HIV/SIDA: Que abordagens?

O facto de ainda não ter sido descoberta vacina tornou a pandemia numa doença social e pelo facto encontra nas diferentes áreas de ciências sociais, formas diferenciadas de sua abordagem. É assim que por exemplo em sociologia HIV/SIDA é vista no contexto das relações sociais, como um fenómeno social (Landy 1977) que pode ser interpretado como resultado de as pessoas terem acesso aos recursos sócio-económicos. Neste caso a falta de acesso aos recursos também tem diferentes razões como por exemplo a pobreza e a exclusão. Como resultado o impacto se reflecte na fraca ou distribuição desigual de recursos. Por exemplo a falta de acesso aos recursos económicos e financeiros influenciam sobremaneira a capacidade de acesso aos serviços sociais neste caso concreto da saúde

² Relações de género chamam atenção de aspecto que são de construção social na diferença entre a mulher e homem. O termo género abrange não somente a identidade e personalidade individual mas também ao nível simbólico dos ideais culturais e estereótipos da masculinidade e feminilidade e, ao nível estrutural a divisão sexual de trabalho nas instituições e organizações (Kolawola 2004).

³ Resistência é a recusa em aceitar novas ideias ou mudanças (Longman Dictionaries 1995). Resistência também pode ser acção de rejeição de algo que possa acontecer ou está acontecendo. A palavra é utilizada para determinar significações diferentes. Resistência requer uma observação cuidadosa entre resistência passiva e activa. Passiva pode ser simplesmente ignorar informação porque está em conflito com a nova visão cultural e ‘activa’ poderá significar uma resistência deliberada e informada (exemplo das igrejas em particular a Católica). No caso deste estudo resistência está relacionada com a rejeição a adopção das medidas de prevenção do HIV/SIDA

principalmente serviços de prevenção e tratamentos do HIV/SIDA no país, pois para muitos cidadãos o tratamento da doença é ainda insustentável (descontinuidades).

Em antropologia HIV/SIDA é vista no contexto do domínio cultural como um fenómeno cultural (Landy 1977). Cultura de acordo com Barth (2002) cultura é uma directiva da força humana que molda a habilidade individual de sobrevivência num mundo adverso, e viver de modo a criar uma identidade cultural. Cultura por si é um conceito complexo podendo ser definido como *“teia de escoamento multiplicando, convergindo e cruzando”* (Fornas 1995:1). Cultura está em qualquer parte da vida humana e da sociedade, então Fornas (1995:1) *“fenómenos culturais são partilhados com outras pessoas sendo meio de relação inter-subjectiva e acção comunicativa”*. Fenómenos culturais tem ambos *“linhas de orientação e raízes”* (Fornas 1995:3) caminham em muitas direcções ao mesmo tempo, *“não há uma simples origem que explica tal fenómeno de forma integral e não uma única direcção que sumariza as totais significações e efeitos”* Fornas (1995:3). Assim cultura encerra poder, e por essa razão pode se manifestar na sociedade em forma de resistência, cultura consiste em valores abstractos, crenças e percepções do mundo que permanece por detrás do comportamento das pessoas no qual se reflectem. Na história da humanidade o homem foi sempre obrigado a mudar o seu comportamento em diferentes momentos da vida como resultado de novas descobertas feitas pela ciência, ex: a descoberta da bactéria entre os Secs. XV e XVI que dizimava populações na Europa antiga, os cientistas recomendavam o uso de medidas de higiene como seja banhos mais frequentes, o que quer dizer que naquela altura os banhos eram feitos de forma mais espaçada mesmo entre os membros da classe dominante. Contudo, a mudança de comportamento e de atitude (<http://serbal.pntic.mec.es/Apart/Rei:5>) que também tinha por objectivo final melhorar a saúde de pessoas teve um período longo para a sua adaptação na história humana e cultural. Cultura não dá somente identidade mas também lida com problemas que preocupam os indivíduos e sobrevive porque satisfaz as necessidades das pessoas, embora possa ter capacidade de mudar, e de adaptação a novas circunstâncias ou percepções alteradas de circunstâncias existentes para que esta cultura possa ser interpretada e percebida de acordo com o ambiente (continuidades) (continuidades). Ciências sociais têm contribuído imenso na explicação dos

comportamentos das pessoas e do que é necessário para influenciar mudanças e formas de abordagem.

Moçambique país pobre em contexto da pandemia do HIV/SIDA

Moçambique, país pobre, com os índices de analfabetismo ainda bastante significativos cuja a taxa nacional atinge 56% da população adulta afectando principalmente mulheres a razão de 71,2% Agenda 2025 (2003:5). Ainda de acordo com Agenda 2025 em 2002 a taxa de escolarização de 43.6% em (1999) subiu para 62.6% em 2002. Culturalmente estamos a considerar um país com uma identidade, com uma organização social (incluindo os costumes de casamento), ideias morais e códigos, práticas mágicos religiosos, crenças, e formas próprias de comunicar. Contudo, trata-se de um país onde a cultura é influenciada por contactos, infiltrações e transmissões (Lane 1973).

Um país onde a cobertura sanitária é de 40% (Agenda 2025 2003: 4) tendo a capacidade de dar assistência a somente 10% da população infectada (MISAU 2004). Moçambique está entre os países da região que apresentam os índices elevados de prevalência de HIV/SIDA e de acordo com MISAU (2004) os dados recentes as taxas ponderadas de prevalência do HIV/SIDA 16,2% a nível nacional como se indica no quadro abaixo.

Taxas Ponderadas de Prevalência do HIV por Província, Região e Nacional. Moçambique, 2004

Província	Taxa de prevalência	Região	Taxa de prevalência
Maputo Cidade	20.7%	Sul	18.1%
Maputo Província	20.7%		
Gaza	19.9%		
Inhambane	11.7%	Centro	20.4%
Sofala	26.5%		
Manica	19.7%		
Tete	16.6%		
Zambézia	18.4%	Norte	9.3%
Niassa	11.1%		
Nampula	9.2%		
Cabo Delgado	8.6%		
Nacional			16.2%

Fonte: Análise da Situação do HIV/SIDA no Mundo e em Moçambique (MISAU 2004)

Para agravar ainda mais a situação para além dos constrangimentos acima mencionados juntam-se os crónicos problemas da pobreza que afecta Moçambique. E talvez se tivermos que pesar entre os danos que causados por estas carências e os que a cultura possa causar na disseminação do HIV/SIDA as consequências dos primeiros me parecem maiores.

O combate da disseminação do HIV implica sua actuação em diferentes direcções ou seja no contexto de desenvolvimento sócio-económico e cultural. Porque como Altaman D (1994:14) o afirma “são duas doenças em simultâneo, uma do mundo desenvolvido, começando na América do Norte nos subúrbios dos homossexuais movendo-se entre os utilizadores das drogas aditivas e para a população dos hemofílicos e a outra doença mais longícuo e generalizada, começando na África Central se espalhando não numa comunidade específica mas sim na população em geral”. E o autor vai mais longe ao acrescentar que enquanto África não era necessariamente a fonte ou seja a única fonte este segundo modelo se repetia nas Caraíbas, Sul e Sueste da Ásia. Assim neste segundo modelo o combate ao HIV/SIDA significa também e sobretudo o combate a fome e ignorância.

Vários testemunhos nos mostram que o desconhecimento da doença é um dos factores que contribuiu e continua a contribuir na recusa de um desafio atempado do HIV/SIDA em alguns países de África do qual Moçambique está incluso. Daí que á título de exemplo numa entrevista a um médico em 2002 este se referiu ao fenómeno do seguinte modo “...em 1989 em conversa com um dos membros do governo falei-lhe da nova doença HIV/SIDA. Nesta altura a doença não parecia nada e pouco se falava sobre ela. Contudo poucos anos depois tornou-se séria porque se espalhou em quase todo o país. Disse-lhe que era necessário considerar a questão seriamente. Ele respondeu-me dizendo que esta doença não era nada comparada com as doenças bem conhecidas tais como tuberculose e malária; que essas sim constituíam um grande problema para a saúde dos Moçambicanos. Deixei de insistir sobre o assunto porque eu não tinha poderes

para influenciar nas mudanças. O mesmo membro do governo apareceu no meu consultório anos depois, concretamente em (2001) doente e disse que a sua ignorância e a dos restantes membros do governo estava destruindo centenas de vidas incluindo a própria sua vida . Disse que se lembrava de tudo o que lhe tinha dito ano atrás. Mas que ele e os restantes membros do governo não lhe tinham dado atenção e que agora lhes tinha provado estarem errados.” (Monteiro 2003:34). Portanto, ninguém tinha ainda capacidade de ver a dimensão real do impacto da pandemia sobre a saúde da população. E se algum conhecimento existia ainda havia a forte componente de que é doença para outras pessoas. Portanto, questões tais como ignorância, e recusa de actuação imediata sobre o SIDA têm sido quase universais, assim como a complexidade do estigma sobre a doença devida a sua ligação com as formas estigmatizadas do comportamento sexual (e o uso da droga).

A incapacidade de cura da pandemia e as formas mais frequentes da sua aquisição fez com que se tenha desenvolvido ou que continua a desenvolver-se a *cultura de acusação*. Acusação que tem a ver com o espaço geográfico de sua origem, e do grupo alvo que se supõe ter sido o vector do vírus “*os guys*” da Califórnia nos Estados Unidos da América, ou ainda detectado pela primeira vez em Africa, concretamente na África Ocidental e transportada para Europa por um soldado Português.

Daí que para muitos e durante muito tempo e para não dizer até ao presente momento foi sempre vista como doença importada. O extracto da entrevista que se segue é um indicativo desse fenómeno que ainda enferma algumas formas de pensar e perceber a doença no país.

P: *No seu entender porque é que as pessoas sofrem HIV/ AIDS? O que pensa sobre a doença?*

R: *É difícil de dizer, contudo HIV/ AIDS é uma praga. Vem como vento e se espalha entre as pessoas. É uma doença que vem dos países do Ocidente, vem com os broncos, ou com alguém que foi para o Ocidente e trouxe a doença e começou a transmitir aos outros.*

P: *Como sabes disso? Podes provar isso?*

R: *É assim, tu tens que acreditar e concordar comigo porque nunca houve esse tipo de doença nos tempos antigos.*

P: *Você pensa que HIV/SIDA é um desafio para as formas tradicionais de curar?*

R: *Sim, é um desafio porque algumas pessoas das ONGs vem e encorajam pessoas especialmente os jovens para usarem o jeito. O jeito é perigoso e torna as pessoas doentes. O problema é que os jovens de hoje não querem respeitar os mais velhos. Nós dizemos a eles para não usarem o jeito mas eles continuam a usar. (entrevista a um Zion em Janeiro de 2002).*

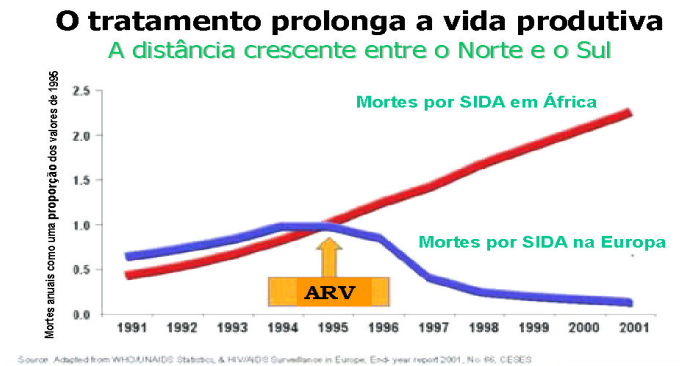
O facto de a pandemia de HIV/SIDA não ser doença cujo conhecimento é de domínio da população constitui motivo para que se encontre a sua explicação com base na *acusação*, trata-se de doença que vem de fora os outros a trouxeram para o país e para não deixar de ser homens estrangeiros transmitiram-na as mulheres e estas aos seus co-cidadãos.

Para África e outros países do terceiro mundo incluindo a América Latina a *promiscuidade sexual* ligada ao apurado apetite sexual dos seus praticantes transformou a *relação sexual* por meio da qual nascem novas vidas em arma mortífera desde que é considerada maior vector de transmissão do vírus. Para África Sub-Sahariana e nos dias que correm para além da sua transmissão através das relações sexuais, as *práticas culturais* lideram as razões da propagação do HIV. O combate de vírus do HIV tem sido confinado a meios modernos no contexto da teoria moderna de desenvolvimento⁴. O facto de esta ter sido descoberta em primeiro lugar nos EUA não significa que a doença tenha sido transportado do primeiro mundo para o resto do mundo e nem que o primeiro mundo tenha sido vítima de uma doença que olhando para os actuais níveis de propagação é sem dúvida uma doença do terceiro mundo.

Os avanços científicos e tecnológicos que países mais desenvolvidos possuem foram de vital importância na descoberta do vírus. Trata-se doença que não se compadece com o

⁴ Aqui desenvolvimento seria a re-socialização e aculturação de forma aproximada com cultura de desenvolvimento, que exige sacrifícios culturais tais como a aceitação forçada das tradições dos países desenvolvidos assim como sacrifícios no saque dos progressos tecnológicos

subdesenvolvimento daí que se hoje HIV/SIDA assume o primeiro lugar nas doenças que mata no terceiro mundo principalmente na região austral de África na Europa é vista como uma doença crónica cuja mortalidade provocada pela mesma não constitui preocupação. O quadro abaixo representado testemunha os pronunciamentos.



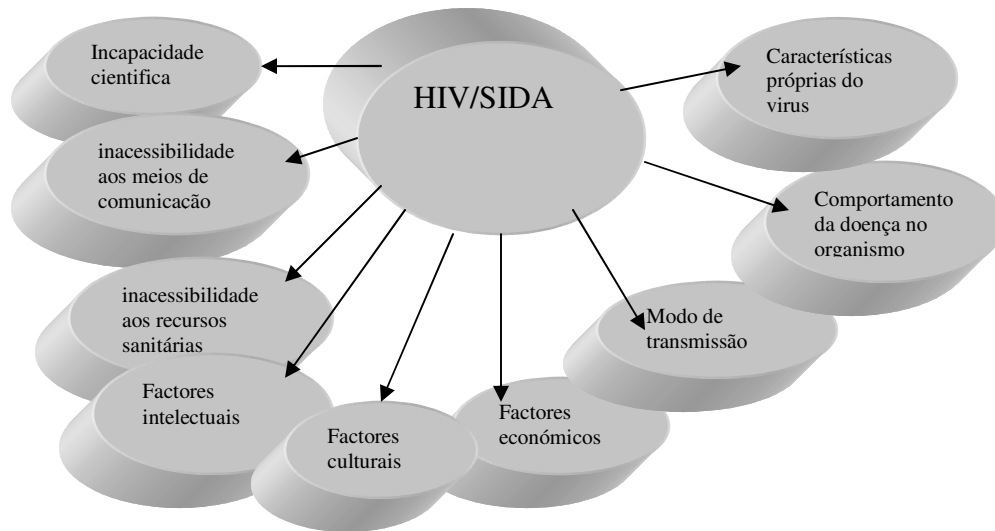
Fonte: CNCS (2005)

Nos países do terceiro mundo e África em particular as mortes pelo SIDA são bastante elevadas segundo a representação gráfica em vermelho, enquanto que na Europa representada em azul desde 1995 o ano em que atingiu os níveis mais altos estabilizou para uma percentagem mínima a partir de 2001.

O HIV/SIDA dos dilemas que cria a humanidade aos modelos criativos de seu combate

A transmissão do vírus é produto de factores múltiplos, tornando as formas de sua disseminação também complexas como se sugere no diagrama abaixo representado contudo há que salientar o comportamento da doença no organismo humano. Este tem a capacidade de permanecer as — sintomático durante um longo período já com uma capacidade de propagação inclusive na sua primeira etapa os testes podem se revelar negativos e talvez já com essa capacidade de transmissão. Trata-se de um fenómeno com procedimentos complexos e se tiver que construir uma representação em forma de diagrama a situação seria a seguinte.

Diagrama sobre factores de disseminação do HIV/SIDA



Assim sugere-se que os factores acima representados não sejam vistos de forma isolada para se evitar uma percepção linear do fenómeno. Para contrariar os factores acima representados sugere-se também uma acção multidisciplinar para permitir que os planos possam ter uma base sustentável. Aqui trago para exemplificar o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)⁵.

Em Moçambique o Conselho Nacional de Combate ao SIDA é órgão de coordenação da resposta ao combate do HIV/SIDA, trata-se de uma instituição de coordenação que aglutina todos os actores sociais que lutam contra a pandemia do Sida no país. Sendo assim os actores na sua intervenção obviamente que tomam em consideração as suas percepções e forma interpretação do fenómeno. Assim a pandemia por sua vez está em constante desafio as capacidades reais do país como um todo e do CNCS em particular.

No país assistiu-se durante os meses de Junho, Julho e Agosto a operacionalização do Plano Nacional Estratégico de Combate ao HIV/SIDA nos diversos sectores da função pública, sector privado e sociedade civil no qual mesmo os praticantes da medicina tradicional já são chamados a intervir com o seu conhecimento em resposta ao Plano Nacional Estratégico para o período

⁵ CNCS é um órgão de coordenação com uma direcção efectiva, que se pretende transparente e descentralizada no processo de condução da resposta nacional do combate ao HIV/SIDA.

2005-2009. A necessidade de operacionalizar plano constitui uma estratégia que pretende corrigir os erros cometidos no PEN I de 2000-2002 o qual de acordo com CNCS por não ter sido operacionalizado passou despercebido o que quer dizer foi um Plano Nacional Estratégico que não foi implementado. Assim o sector público, privado e a sociedade civil incluindo organizações religiosas tiveram a oportunidade de delinear suas actividades tendo em conta os objectivos e as estratégias definidas pelo CNCS no seu PEN II 2005-2009.

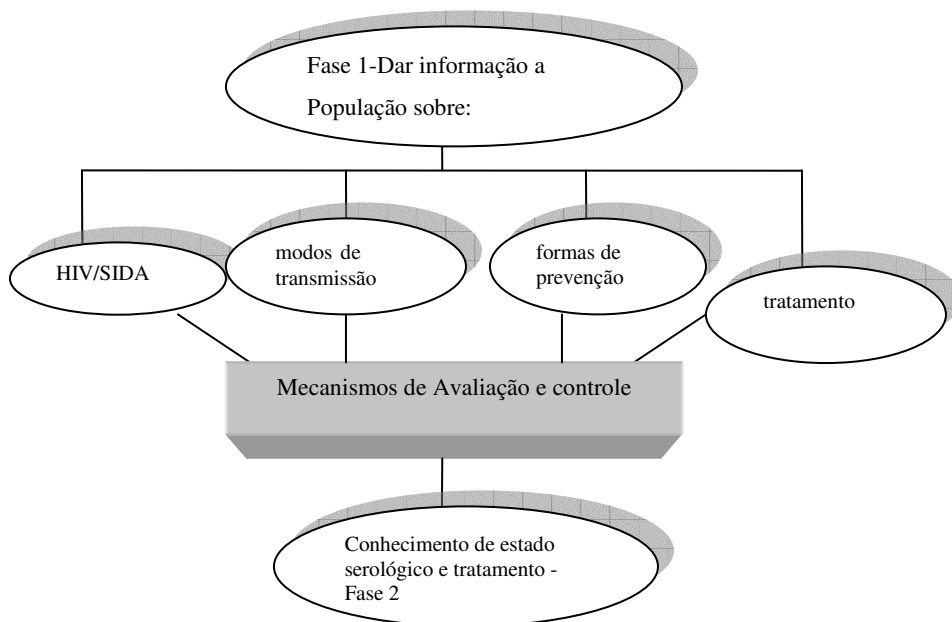
A Estratégia Nacional de Combate ao HIV/SIDA definiu áreas de actuação para todos os sectores que são seguintes: **Prevenção, Advocacia, Estigma e Discriminação, Tratamento, Mitigação, Investigação e Coordenação**. As áreas definidas não constituem em grande medida novidade são abordagens já consideradas a bastante tempo de forma isolada e de acordo com vontade, conhecimentos e recursos para a realização e com uma visão frágil do conjunto. Pelo que é de se congratular o esforço feito pelo CNCS que procura responder necessidade nacionais de combate ao Sida de forma mais global. Contudo, e mesmo assim a questão que se coloca é até que ponto esta nova estratégia irá alcançar por exemplo um dos principais objectivos de prevenção que é a *“redução do número de novas infecções do nível actual de 500 por dia, em adultos para 350 em 5anos e 150 em 10 anos”* (CNCS 2005:6)?

Na tentativa de resposta da questão pretendo sugerir um modelo nacional de combate ao HIV/SIDA. Tendo como ponto de partida a operacionalização do PEN II, e tendo pessoalmente estado integrado no grupo de facilitadores, o que pude observar é que todos os sectores apresentaram actividades operacionalizadas para todas as áreas definidas no PENII, contudo o que não ficou claro e julgo que mesmo para a própria CNCS também não ficou claro foi a estratégia de controle e avaliação do impacto das actividades. Das leituras que faço considero haver a necessidade de combinação da realização da actividade numa determinada área pode ser por exemplo a área de prevenção na qual o ponto de partida é dar a informação sobre tudo o que a população necessita de saber sobre HIV/SIDA, formas de prevenção modos de transmissão e tratamento.

A segunda fase seria a de o indivíduo conhecer o estado de seropositividade através de métodos de persuasão o que significa maior acesso das pessoas aos meios necessários para a testagem ou

seja há a necessidade de os meios irem ao encontro das pessoas e não estas ao encontro dos meios pelo facto de que não se trata de uma decisão fácil de tomar mas que também não é impossível tudo depende dos métodos e formas de actuação. Seria necessário criar indicadores multidisciplinares, qualitativos e quantitativos na população que indicariam a possibilidade ou não de se ter cumprido com as diferentes fases. Dentro desta seria necessário a introdução de tratamento de todas as pessoas que deram seropositivos. Para passar a outra fase seria necessário deixar os mecanismos criados na primeira fase (os mecanismos de avaliação os promotores e activistas formados) para dar continuidade ao conhecimento adquirido durante este período, para que os novos grupos alvos; ou seja novos moradores dessa comunidade e as gerações que vão surgindo atingidos.

Modelo estratégico de avaliação e Controle do HIV/SIDA (esquema exemplificada)



O CNCS a nível nacional deveria ter o seu modelo estratégico estabelecido com base em investigação científica baseada também nas diferenças nacionais regionais e locais. Seria esta a forma de gradualmente ir se passando de um estágio para o outro mas sempre com o controle permanente dos estágios cujo resultados são já satisfatórios de modo a que o combate do HIV/SIDA seja feita de forma sustentável.

Este modelo tem como objectivo fundamental criar um método científico baseado em índices a serem cumpridos para passar de uma fase para outra no qual traria como benefício uma visão mais ampla, real e eficaz das actividades, da qualidade das mesmas, do modo de assimilação pela população e mais de otimizar de forma organizada os recursos materiais e humanos dedicados ao combate de HIV/SIDA. Com sugestão pretende-se motivar as pessoas especialistas em cada uma dessas áreas a reflectir e actuar de forma a tornar visível do ponto de vista qualitativo e quantitativo o seu trabalho em benefício da redução dos índices de HIV/SIDA.

Conclusão

Nos últimos três anos tenho tido a possibilidade de ser confrontada com diversa literatura sobre e de HIV/SIDA, assim como também diversa literatura sobre conceito de cultura sexual, questões culturais. Nessa literatura tenho encontrado muito criticismo sobre a maneira como os outros continentes principalmente ocidentais se refere as culturas africanas acabando na sua marginalização e exclusão. Contudo, muitos escritores africanos tem gritado de diversas formas tentando mostrar como Kolawole (2004:258) o afirma “que muitos dados foram produzidos numa abordagem predominantemente de cima para baixo”. Seguindo esta linha de pensamento e olhando para o modelo que sugiro para o avaliação e controlo da pandemia em Moçambique, quero juntar -me a esses que acreditam que a cultura, dá identidade, valor, e marca a diferença porque é dinâmica com capacidade de mudança e adaptação a novas realidades. Claro que também como Kolawole o afirma “ cultura tem ambas dimensões positivas e negativas, manifestações progressivas e retrógradas, mas mesmo assim não pode ser vista como seja o factor principal para propagação do HIV/SIDA em África e em Moçambique em particular. Estou mais inclinada em admitir que as carências sócio-económicas e as limitações no desenvolvimento científico e tecnológico assim como estratégias concebidas em função do que se passa nos países mais desenvolvidos, a transferência de modelos de combate a pandemia de Norte para o sul possam constituir os veículos de fracasso que se verifica no combate a pandemia. Acredito que se existissem todas as condições de desenvolvimento sócio económico científico tecnológico similar ao mundo desenvolvido e modelos de combate com base próprios da realidade especifica de cada região seria mais fácil modificar o comportamento cultural em função da mitigação da pandemia do HIV/SIDA

Bibliografia

Agenda 2025 (2003): Visão e Estratégia da Nação, Maputo, Moçambique
MISAU (2005):

Altman, D. (1994): Power and Community Organizational and Cultural Responses to AIDS, Taylor & Francis Publishers.

Arnaldo, C. (2004): Factores Sócio-económicos Associados com a Percepção Individual do Risco de Contrair o HIV/SIDA em Moçambique, UEM, Maputo.

Barton T.G, (1991): Sexuality and Health in Sub-Saharan Africa: An Annotated Bibliography, AMREF, in *International Journal of African Historical Studies*: Nairobi

Burton *et al* (1983): *The Dynamic Self: Activities To Enhance Infant Development*, St Louis: C.v. Mosby

CNCS-(2005): Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA, Livro II Objectivos e Estratégias, Monitorização e Avaliação Operacionalização, Maputo.

Foucault, M. (1976/1978): The History of Sexuality in Power/Knowledge. HARVESTTER WHEATSHEAF, London.

Fornas Johan (1995): Cultural Theory and Late Modernity, SAGE Publications, London

Haviland, William A. (1999): Cultural Anthropology, Ninth Edition, Harcourt Brace College Publishers, New York

Kolawole, Mary E. Modupe (2004) Re-Conceptualizing African Gender Theory: Feminism, Womanism and The Arere Metapor. In: "Re-thinking Sexualities in Africa, edited by Signe Arnfred, Sweden.

Landy, D. (ed) (1977): *Medical Systems in Transcultural Perspective.: Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. Macmillan pp. 129-132: New York.

Leclerc-Madlala, Suzanne (2002): Youth, HIV/AIDS and the importance of Sexual Culture and Context: In Social Dynamics, Centre of the African Studies, University of Cape Town.

MISAU -DAG (2001): *Plano Estratégico do Sector Saúde, (PESS) 2001-2005— (2010)*: Maputo.

Monteiro, Ana (2003): The Role of Multiple Voices as New Discourse Against HIV/AIDS in Mozambique. An ethnographical study of the city of Maputo. MA Teses

Ntlabati, P. and Kelly Kevin (2002): Early Adolescent Sex in South Africa: HIV Intervention Challenges. In: Social Dynamics, Centre of the African Studies, University of Cape Town.

Prado, R. Goycoolea (S/D): De las Termas Al Excusado1: Una historia de la Vida privada através del desarrollo del baño, Escola politécnica, Universidad de Alcalá.

Rubell et al (1985): Cultural Factors in Psychiatric Disorders
<http://www.mentalhealth.com/mag1/wolfgang.html>

Thompson, H. (1997): "Ignorance and Ideological Hegemony: A Critique of Neoclassical Economics", *Journal of Interdisciplinary Economics* 8(4):291-305

Thornton, Robert (2004): Sex in the Space of the Dual: Towards Theorizing the power of sex in the culture

Vandamme, M.A *et al* (2003): "Spread of HIV Strain Began in 1940, Spurred" By War (ed) by ALISON McCook, *Proceedings of the National Academy of Science* 10 1073/pnas. 0936469100

Walter, L. and Delius Meter (2002): AIDS in Context. African Studies, Vol.61 Number 1,
Carfax Publishing, Taylor & Francis Group