

ATO.12



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

UNIDADE DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

CURSO DE ANTROPOLOGIA

O Papel da cultura na prevenção do VIH em Moçambique.

1987- 1999

Emídio Vieira Salomone Gune

Maputo, Setembro de 2001

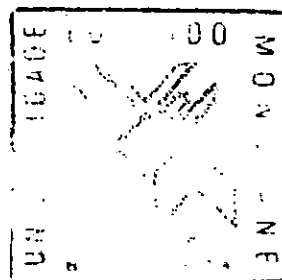
U.E.M. - UFICS
R. E. 4415
DATA 12/09/05
AQUISIÇÃO Oferta
COTA ATO-12

DECLARAÇÃO

Declaro que este Trabalho de Fim de Curso na modalidade de Projecto de Pesquisa nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau. Este trabalho resulta da minha investigação pessoal estando indicadas ao longo do texto e na bibliografia as fontes utilizadas para a sua elaboração.

DEDICATÓRIA

A Júlio Gune e Elisa Chalufó, meus pais; aos meus irmãos, Ruth, Piedade, Martinha, Salomão, Tomagito, Madeli, Zélia, Martinha, Dinis e Ermelinda; aos meus sobrinhos, Chiquinho, Náisse, Julinho, Samambaia, Maninho e Alan, e a Jonas Chalufó.



AGRADECIMENTOS

A todos cuja ajuda tomou possível o presente trabalho.

Na UFICS, a Dra. Nanette Barkey, minha supervisora, que para além de me ter aberto a porta da dimensão cultural da medicina, de forma incansável tem ajudado a percorrer o seu interior. Ao Doutor Severino Ngoenha, pelo encorajamento. Ao Dr. Cristiano Matsinhe, por ter tornado possível este trabalho. Aos professores da UFICS, pela iniciação ao mundo do conhecimento científico.

Na Cidade de Tete, aos Srs. Albano, Manulinho Ngeleza e Nina Armando por não se terem importado em emprestar-me a língua nyúngue quando dela necessitei. Ao Sr. Wisse pela cumplicidade na busca do *desconhecido*, ao pessoal da "Saúde" de Tete especialmente aos drs. Felipe, Franque e Greta-Stina, aos Srs. Murambiwa, Elisa Razão, Nhama, pelo apoio e colaboração. No Ministério da Saúde, ao Doutor Martinho Dgedge, ao Dr. Mouzinho Saide e as Srs. Isabel Ngomane, Luisa Boby, Percina e todo o pessoal da RESP, pelo apoio e compreensão. A UEM pela bolsa de estudos da qual beneficiei-me durante o curso. Ao Conselho Nacional de Combate ao SIDA, pelo apoio material, financeiro e pela compreensão.

Aos drs. Aurélio Miambo, Hipólito Sengulane, Alípio Siquisse, Alexandre Nyambir, Eleásara Marole, José Adalima, Nunes Sanhantamba, Kátia Taela e Momade Saide. Ao Daniel Amade, a Marlen Ribeiro, Sheilla Marilis, Sheila Loforte e demais colegas.

Convosco aprendi que a diferença, em si, não constitui um obstáculo à convivência Humana.

(...) em vez de analisarem as práticas e testarem a sua validade, limitaram-se a combater uma pretensa crença (a da medicina popular) com uma outra crença (a da medicina científica).

Fontes e Sanchez (1999:151)

Medicina Popular: Ensaio de Antropologia Médica

RESUMO

No presente trabalho pretendemos analisar o papel da cultura na prevenção do vírus de imunodeficiência humana (VIH), por via das práticas médicas associadas aos instrumentos perfuro - cortantes em Moçambique de 1987 a 1999, nos curandeiros e nas Unidades Sanitárias. O ponto de partida para a referida análise são os Planos de Prevenção e Combate ao Síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) no país, cuja perspectiva considera a cultura um obstáculo na prevenção do VIH.

Por intermédio de uma experiência etnográfica na Cidade de Tete, submetemos a perspectiva adoptada nos Planos a um diálogo com práticas sociais empíricas. Este exercício permitiu-nos considerar que a cultura tem um carácter tradicional, público e é aberta a mudanças, mas que na prevenção do VIH as mudanças nas práticas médicas (enquanto culturais) são condicionadas pela interacção entre a forma como curandeiros e pessoal das Unidade Sanitária (US) negoceiam os conhecimentos sobre a prevenção do VIH, a disponibilidade e o acesso a instrumentos perfuro- cortantes e a forma como cada actor interpreta o significado das práticas a adoptar na prevenção do VIH.

Neste contexto a cultura constitui o espaço onde decorrem as práticas médicas, dentre as quais as práticas médicas dos curandeiros, das US e a prevenção do VIH. A cultura e as práticas culturais não constituem obstáculos à prevenção do VIH, porque espaços abertos a mudanças tendentes à adopção da prevenção do VIH.

Índice	pg.
1. Introdução.....	1
1.1. Objectivo geral.....	4
1.2. Objectivos específicos.....	4
1.3. Justificação.....	5
2. Revisão da literatura	
2.1. O papel da cultura na prevenção do VIH.....	7
2.2. Critérios de delimitação das práticas culturais.....	9
2.3. A dimensão cultural das prática médicas dos curandeiros e das US.....	12
2.4. Pressupostos para a mudança de práticas sociais.....	14
3. Quadro Teórico.....	16
4. Metodologia.....	18
5. Resultados	
5.1. Breve Caracterização da Cidade de Tete.....	20
5.2. O percurso na profissão dos curandeiros.....	21
5.2.1. Práticas médicas nos Curandeiros e a prevenção do VIH.....	22
5.2.2. A adopção da prevenção do VIH nos curandeiros.....	23
5.3. O percurso na profissão da US.....	24
5.3.1. Práticas médicas na US e a prevenção do VIH.....	25
5.3.2. A adopção da prevenção do VIH na US.....	25
5.4. A relação entre práticas médicas dos curandeiros e das US ..	26

6.	Discussão	
6.1.	Práticas culturais dos curandeiros e das US.....	28
6.2.	A complementaridade entre as práticas médicas.....	29
6.1.	Condicionalismos na mudança de práticas médicas.....	31
6.4.	A cultura como contexto em mudança.....	32
7.	Considerações finais	34
8.	Fontes	
8.1.	Fontes bibliográficas.....	37
8.2.	Fontes documentais.....	44

Lista de Anexos

- A. A Propagação do VIH na África Subsaariana Através do Tempo, 1982- 1997
- B. Mapa de Moçambique. A Província de Tete e os países fronteiriços
- C. Planta da Cidade de Tete
- D. Guião de entrevistas

Lista de Abreviaturas

AMETRAMO - Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique

CFPST- Centro Provincial de Formação de Saúde de Tete

CNCS - Comissão Nacional de Combate ao SIDA

CNCS – Conselho Nacional de Combate ao SIDA

DNS- Direcção Nacional de Saúde

DPST- Direcção Provincial de Saúde de Tete

GEMT - Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional

HPT- Hospital Provincial de Tete

ICS - Instituto de Comunicação Social

INS - Instituto Nacional de Saúde

MISAU - Ministério da Saúde

OMS (WHO, sigla em inglês) - Organização Mundial da Saúde

ONUSIDA (UNAIDS, sigla em inglês)- Agência das Nações Unidas para assuntos do VIH e do SIDA

PNC DTS/HIV/SIDA - Programa Nacional de Combate as Doenças de Transmissão Sexual, HIV e SIDA

PSI - Population Services International

RESP - Repartição de Educação em Saúde Pública

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPET - Supervisor Provincial de Enfermagem de Tete

UEM - Universidade Eduardo Mondlane

UFICS - Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais

US- Unidade Sanitária

VIH (HIV, sigla em inglês) - Vírus de Imunodeficiência Humana

1. Introdução

O presente trabalho é um projecto de pesquisa, realizado como requisito parcial para a obtenção do grau de licenciatura em Antropologia, na Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Este trabalho subordina-se ao tema cultura e prevenção do VIH.

Neste trabalho propusemo-nos a analisar e compreender práticas sociais associadas à medicina¹. Segundo Uchôa & Vidal (1994) este tipo de análise remete-nos para o campo da antropologia médica, no qual ocorrem debates que procuram descrever, explicar e representar práticas médicas.

Com o surgimento do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH)², várias perspectivas analíticas tem estado a alimentar debates sobre o papel das práticas sociais na propagação e prevenção do VIH, com particular ênfase na cultura. Podendo derivar de práticas associadas ao “manuseamento (uso) de instrumentos perfuro-cortantes que tenham estado em contacto com sangue infectado não esterilizados”, OMS (1990:7), a sua prevenção passa, segundo Merson em OMS (1989:5), pela necessidade de “adoptar o uso exclusivo de instrumentos perfuro-cortantes, ou esteriliza-los”.

Um dos debates sobre práticas sociais e o VIH, discute o papel da cultura na prevenção do VIH, procurando saber se aquela (a cultura) constitui ou não um obstáculo na prevenção do referido vírus. Neste debate duas perspectivas ganham maior visibilidade, estando por um lado a perspectiva subscrita por Bayer (1994) para quem a cultura constitui um obstáculo a ultrapassar na prevenção do VIH e por outro lado a perspectiva proposta por Airhihembuwa (1989) e Airhihembuwa et al. (1999) segundo a qual a cultura não constitui um obstáculo na prevenção do VIH.

¹ A medicina resulta da interacção entre o Homem, a saúde e a doença. Na medicina o Homem transforma constantemente modos de manter a saúde, a partir de estratégias de predição, prevenção, tratamento e/ou cura da doença (Sournia & Ruffie, 1984).

² Segundo Tempels & Westwood (1988) O VIH causa o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

A perspectiva subscrita por Bayer (1994) é resgatada e retomada nos Planos de prevenção e combate as DTS/HIV/SIDA (de ora em diante designados apenas por Planos)³, produzidos pelo Ministério da Saúde em Moçambique. Nos Planos em alusão para além da discussão em torno do papel da cultura na prevenção do VIH, são destacados ainda dois assuntos. O primeiro dos quais explora dentre as práticas médicas dos curandeiros e da US quais é que são culturais e que critérios as delimitam como tal. O segundo explora os pressupostos para a mudança de práticas médicas que levem à adopção eficaz da prevenção do VIH.

É neste contexto que visando participar no debate sobre o papel da cultura na prevenção do VIH em Moçambique circunscrevemos a nossa análise aos Planos produzidos em 1987, 1990, 1992 e 1999. Nos referidos Planos interessam-nos as práticas médicas associadas aos instrumentos perfuro-cortantes, nos curandeiros e na US.

De um modo geral, o Plano de 1987 ao abordar as vias de transmissão do VIH refere, dentre outras vias, a transmissão por contacto com sangue infectado. Ao especificar a transmissão associada aos instrumentos perfuro-cortantes refere que, os “Tratamentos tradicionais utilizando escarificações, são uma prática comum e podem transmitir SIDA mas é necessário investigar mais para confirmar ou refutar esta afirmação” e mais adiante sustenta que “O contacto directo com produtos de sangue, a utilização inadequada e a deficiente esterilização de agulhas, seringas e outro equipamento médico podem constituir outro meio de transmissão” MISAU (1987:16). (o sublinhado é do original).

³ Em 1989 o Programa Global para o SIDA (PGA) tutelado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma iniciativa que visava a adopção de Planos de prevenção para fazer face ao VIH. Em 1986, Moçambique aderiu à referida iniciativa e procedeu, com apoio da OMS, a um levantamento da situação no país visando traçar recomendações sobre como elaborar Planos. Das referidas recomendações resultou, em 1987, a Comissão Nacional de Combate ao SIDA, constituída apenas por instituições do Ministério da Saúde (MISAU). Em 1988 a composição do CNCS foi alargada a instituições fora do MISAU, dando lugar ao Programa Nacional de Combate ao SIDA (PNCS) e a elaboração do primeiro Plano Nacional de prevenção e combate ao SIDA no país (MISAU, 1988).

No trecho ora referido, práticas tradicionais são exclusivamente associadas as práticas médicas dos curandeiros, procedimento retomado na referência à necessidade de mudança de práticas médicas na prevenção do VIH. Ainda em relação às práticas médicas dos curandeiros é referida a necessidade de efectuar mudanças na medicina dita tradicional, diferentemente da necessidade de difundir informação e prover materiais que permitam adoptar a prevenção do VIH na US.

Assim, a par da retomada da restrição da tradição `as práticas médicas dos curandeiros, ao propor que as práticas médicas dos curandeiros devem mudar para as práticas da US (que por sua vez não tem necessidade de mudanças) o Plano de 1987 adopta uma visão evolucionista unilinear. O resultado desta visão é a associação da transmissão do VIH `as práticas médicas dos curandeiros e consequentemente a focalização da prevenção sobre estas e a subestima da prevenção nas práticas médicas da US, como atesta o Plano de 1987 ao fazer um apelo no sentido de informar ao público, que apenas as práticas dos curandeiros podem transmitir o VIH.

Os Planos de 1990 e 1992 dão continuidade `a visão do Plano de 1987. É no Plano de 1999 que surgem duas inovações complementares aos Planos anteriores, sendo a primeira a ausência da contemplação da necessidade de fornecer instrumentos perfuro- cortantes e equipamento de esterilização para a adopção da prevenção na US e a segunda, a introdução da referência a obstáculos culturais na prevenção do VIH, com referência exclusiva às práticas médicas dos curandeiros.

✓

Com base na situação ora exposta, construímos uma perspectiva *ideal típica*⁴ adoptada nos Planos sobre o papel da cultura na prevenção do VIH em Moçambique. Esta perspectiva, primeiro restringe a cultura às práticas médicas dos curandeiros, segundo considera-as exclusivamente tradicionais, terceiro na mudança de práticas médicas, por um lado adopta uma perspectiva evolucionista unilinear entre práticas dos curandeiros e da US e por outro lado privilegia a difusão de informação sobretudo para os curandeiros, como suficiente para mudança de práticas médicas. Em última instância considera a cultura um obstáculo a ultrapassar na prevenção do VIH.

1.1. Objectivo geral

No presente trabalho propusemo-nos a analisar o papel desempenhado pela cultura na prevenção do VIH em Moçambique, visando saber se ela constitui um obstáculo ou não.

1.2. Objectivos específicos

Como objectivos específicos propusemo-nos a ilustrar primeiro, que as práticas médicas dos curandeiros e da US são culturais. Segundo, que em contextos de coexistência elas são complementares e recorrentes. Terceiro, que ambas são abertas a mudanças, mas condicionadas pela interacção entre os domínios de relações sociais, material e simbólico. E por último, que a cultura constitui o contexto onde decorrem práticas sociais dentre as quais as práticas médicas e a prevenção do VIH.

⁴ Segundo Bruyne et al. (1977:183) "a construção ideal típica (...) visa dar uma descrição 'excessiva' do fenómeno a fim de melhor poder identificá-lo". Analisar a realidade substantivada pela Cultura e a realidade da sua morfologia (da cultura), constitui o meio a partir do qual pretendemos inserir-nos na discussão sobre o papel da cultura na prevenção do VIH.

1.3. Justificação

O nosso interesse em analisar o papel da cultura na prevenção do VIH associada aos instrumentos perfuro- cortantes nos Planos em Moçambique⁵, a partir da Cidade de Tete, deriva de quatro factores a saber. O primeiro segue o raciocínio de Bruyne et al. (1977:49) para quem o "objecto científico não é uma essência eterna, é falsificável, transitório, é apenas um instante num processo constante de transformação, de rectificação". Isto significa que, enquanto teorização sobre o papel da cultura, a perspectiva adoptada nos Planos tem potencialidades e limitações, podendo ser complementada ou refutada.

O segundo resulta da relegação do papel dos instrumentos perfuro- cortantes nas análises sobre a prevenção do VIH⁶, mesmo com as constantes referências de deficiências no seu manuseamento, tanto na US como nos curandeiros⁷. O terceiro factor resulta do facto de as escassas análises aos instrumentos perfuro- cortantes associarem exclusivamente a cultura às práticas médicas dos curandeiros em detrimento das práticas médicas na US.

O quarto factor segue o raciocínio de Peirano (1995), para quem por um lado a antropologia não estuda povos mas estuda problemas, por outro lado teoria antropológica e pesquisa etnográfica coexistem e retroalimentam- se de modo a explicar práticas que fazendo parte do quotidiano não estão contemplados na teoria.

Por sua vez, a Cidade de Tete constitui um campo de interesse especial para o presente trabalho por três razões: A primeira relaciona- se com o facto de ser frequentemente referenciada como uma das zonas detentoras das mais

⁵ O país de uma situação de 3% em 1987 (United Nations System, 2000:31), em 1999 apresentava uma taxa que rondava os 14,5%, (MISAU, 1999:1).

⁶ MISAU (1999).

⁷ Assiste- se a uma constante deficiência de conhecimentos e falta de instrumentos perfuro- cortantes nas US (MISAU/ DNS, 1994 e MISAU/ DNS, 2000).

elevadas taxas de VIH no país⁸, simultaneamente que são reportadas deficiências no manuseamento de instrumentos perfuro- cortantes na US. A segunda prende-se aos relatórios que realçam deficiências no manuseamento de instrumentos perfuro- cortantes nos curandeiros⁹. A terceira razão resulta do facto de ser uma das cidades com muitos curandeiros coexistindo com US.

O presente trabalho constitui uma tentativa de ilustrar primeiro, a necessidade de uma prevenção do VIH que contemple de forma vigorosa os instrumentos perfuro- cortantes, segundo, a necessidade de uma prevenção que contemple tanto as práticas médicas dos curandeiros como da US, sem subestimar nenhuma delas e por último, ilustrar a necessidade de na adopção da prevenção seja tomada em conta a interacção de condicionalismos que envolvem as relações sociais, materiais e simbólicas, e limitam a possibilidade de adopção de uma prevenção eficaz do VIH em Moçambique, 12 anos após o início da sua implementação.

Apresentamos o presente trabalho em nove partes. A primeira parte contém a introdução do trabalho e a segunda é reservada à revisão da literatura. A parte seguinte, terceira, contempla o quadro teórico e a quarta é reservada à metodologia explorada na realização do trabalho. A quinta parte contém os resultados da experiência etnográfica na Cidade de Tete, na sexta parte discutimos os referidos resultados à luz da revisão da literatura, do quadro teórico e da perspectiva adoptada nos Planos. Na sétima parte apresentamos as considerações finais do trabalho e por último na oitava parte apresentamos as fontes usadas na realização do presente trabalho.

⁸ Segundo Population Services International e MISAU PNC DTS/ SIDA (1997).

⁹ Segundo Lucas & Flaviana (1990).

2. Revisão da literatura

Nesta parte do trabalho exploramos e apresentamos várias perspectivas com interesse para o presente trabalho. Primeiro apresentamos perspectivas mobilizadas no debate sobre o papel da cultura na prevenção do VIH. De seguida, apresentamos perspectivas mobilizadas nos debates sobre que práticas são culturais e que critérios as delimitam como tal. E por último, apresentamos perspectivas mobilizadas nos debates dos pressupostos a tomar nos processos de mudança de práticas médicas.

Ao longo da nossa revisão procuramos ilustrar que, as várias perspectivas são sócio- historicamente condicionados¹⁰ o que as torna parciais.

2.1. O papel da cultura na prevenção do VIH

Com o surgimento de estratégias universais para fazer face ao VIH, Airhihembuwa (1989) apela para que as referidas estratégias sejam adequadas aos contextos particulares onde são adoptadas. Na sua óptica, a prevenção do VIH deve ser sensível à cultura. Ao não especificar o que é cultura, que critérios a definem como tal e que pressupostos a interpenetram, a perspectiva adoptada por Airhihembuwa torna-se extremamente vaga. É neste âmbito que Bayer (1994) apresenta a perspectiva segundo a qual existem práticas culturais que dificultam a prevenção do VIH e que a prevenção não deve ser posta em causa em nome da cultura.

A partir da existência de práticas que dificultam a prevenção, Bayer considera incompatíveis a cultura e a prevenção do VIH, passando a designar a cultura por obstáculo. Com esta perspectiva Bayer recorda a necessidade de efectuar mudanças em determinadas práticas culturais que podem por em causa a sobrevivência do grupo. Mas à semelhança de Airhihembuwa (1989), ao não especificar o que é cultura, que critérios a definem como tal e que pressupostos

¹⁰ Na óptica de Benedict [1954] "Não há ninguém que veja o mundo com uma visão pura de preconceitos. Vê-o sim, com o espírito condicionado por um conjunto definido de costumes, e instituições, e modos de pensar". É a este facto que nos referimos como condicionamento sócio- histórico.

são tomados na mudança da cultura, a proposta de Bayer (1994) torna-se extremamente vaga, limitando a possibilidade de discussão em torno do papel da cultura na prevenção do VIH.

Reformulando a perspectiva de Airhihembuwa (1989), Airhihembuwa et al. (1999) retomam o debate sobre o papel da cultura começando por apresentar os argumentos que levam certos autores a considerar a cultura um obstáculo a ultrapassar na prevenção do VIH. A este propósito, referem que a cultura tem sido duplamente olhada de forma negativa porque primeiro, "(...) erradamente pensada como existindo apenas em África, na Ásia, América Latina e nas Caraibas" e Segundo, "(...) Infelizmente, e muitas vezes olhada como um conjunto de valores e normas estáticas (...) e inevitavelmente identificadas como barreiras culturais", Airhihembuwa et al. (1999:35).

De seguida, Airhihembuwa et al. (1999) defendem que a cultura é universal e aberta à inovação e reconstrução. Deste modo Airhihembuwa et al. revitalizam o carácter universal, particular e dinâmico da cultura. Contudo, apesar de apontar critérios ou características da cultura, não referem os pressupostos tomados na mudança da mesma e de forma complementar não operacionalizam as características da cultura de modo a dotá-las de uma validade empírica. Deste modo a perspectiva de Airhihembuwa et al. (1999) mostra-se limitada para ilustrar que a cultura não constitui um obstáculo na prevenção do VIH.

Face a esta contínua limitação exploramos perspectivas em torno dos critérios da delimitação de práticas sociais no geral e práticas médicas em particular.

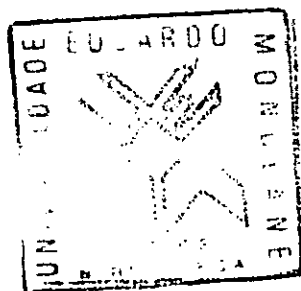


2.2. Critérios de delimitação de práticas culturais

Sobre os critérios de delimitação da cultura, iniciamos a nossa análise com Copans (1974), para quem a expansão europeia no sec. XIV ocasionou o encontro dos 'europeus' com os 'outros'. Este encontro, de povos com costumes e práticas diferentes fez ressaltar a questão da diferença. O problema consequente residia na explicação de práticas sociais diferentes (das 'europeias'). Como solução os 'outros' passaram a ser designados como 'não europeus', sem escrita, primitivos, charlatães, vigaristas, bruxos, feiticeiros dentre outros atributos.

As referidas designações tem implicações nos critérios de delimitação da cultura, sobre os quais Bernadi (1989:7) recorda que um dos critérios que passou a ser adoptado para delimitar a cultura era a escrita 'europeia'. Nessa óptica "Homem com cultura é aquele que se dedica aos estudos ('europeus') e conhece bem os autores clássicos, antigos e modernos" e em oposição à exclusão do "Homem comum". Deste modo os 'outros' eram tidos como sem cultura. Esta forma de demarcar a cultura tem a grande potencialidade de ter sido pioneira no debate, contudo hoje ela mostra-se limitada por três motivos. O primeiro é que o mundo não é composto pela 'europa' e 'outros', mas é composta por muitos 'outros' dentre os quais a 'europa'. O segundo, é que assiste-se a redução de práticas sociais aos seus limites e localização geográfica, quando a delimitação geográfica é posterior às relações sociais. E o terceiro, é que assiste-se a tentativa de considerar os 'outros' como a imperfeição dos 'europeus', quando cada povo constrói e reconstrói suas perfeições e imperfeições. A consequência dessa limitação é a negação da diferença, tornando a cultura privilégio de alguns.

Na tentativa de ultrapassar essa limitação, Bernadi (1989) retoma Tylor que apresenta a cultura como "o complexo unitário que inclui o conhecimento, a arte, a moral, a lei e todas as capacidades e hábitos adquiridos pelo Homem enquanto membro da sociedade". Bernadi (1989:7-8) vai considerá-la "(...) abrangente, não discriminante e defensora do reconhecimento da cultura como



característica da humanidade”, isto é Tylor ilustra simultaneamente a universalidade e a particularidade da cultura.

Contudo Shweder (1997) vem questionar o conceito de Tylor, ao referir que para Tylor e James Frazer, havia necessidade de diferenciar o ‘primitivo’ do ‘moderno’, porque o primeiro não consegue aplicar a razão de forma correcta. Deste modo para Tylor a particularidade da cultura é possível entre uma ‘primitiva’ e outra ‘moderna’. A limitação dessa visão prende-se com a consideração do ‘primitivo’ como imperfeição do ‘moderno’. Embora teoricamente a cultura seja considerada universal os estudos que se vão desenrolar sobre a cultura ilustram a associação exclusiva que se estabelece entre cultura e os ‘outros’, até aos dias de hoje.

É neste contexto teórico que ao falar do aspecto cultural da medicina, Junod (1974:439) escreve que “Nos países civilizados, a profissão de médico está sujeita a restrições (...) Nos Tonga a única qualificação de ‘doutor’ é ter-se herdado de um antepassado algumas receitas que se aplicam com maior ou menor êxito para os pacientes”. Para esta situação Junod recomenda, “ponha-se pouco a pouco, termo as práticas da arte duvidosa dos médicos indígenas”. (sublinhado nosso).

Recordar que, um dos propósitos da obra de Junod era de produzir recomendações para os então administradores coloniais. Junod retoma a delimitação de práticas médicas a partir da origem geográfica, nega práticas médicas diferentes das que lhe são habituais e adopta sobre estas uma perspectiva evolucionista unilinear. Para Junod a eliminação das práticas indígenas ou ditas primitivas devia dar lugar ‘as práticas médicas ‘civilizadas’ ou ditas ‘modernas’/ ‘europeias’.

Referindo-se ao surgimento da medicina dita moderna, Fontes e Sanchez (1999:27) ilucidam que “Hipócrates, aprendeu a arte de cura de seu pai, então

sacerdote no templo Asclépio” e que ainda hoje “o juramento Hipocrático é imposto aos médicos, que regem-se pelos princípios dos seus tratados”. Estes dois argumentos vem ilustrar- nos a limitação da perspectiva adoptada por Junod. A primeira ilucida que não há práticas médicas indígenas exclusivas aos ‘outros’ e civilizadas exclusivas aos ‘europeus’, mas que elas coexistem e complementam-se nos vários espaços geográficos. A segunda é que a existência de um processo de evolução não ocorre necessariamente de forma unilinear, mas de forma recorrente. Isto é, a evolução não conduz necessariamente à desapareição de uma prática existente e sua substituição por outra totalmente nova, mas ocasiona uma evolução onde antigo e novo transformam- se e renovam- se continuamente.

Face à perspectiva evolucionista unilinear sobre a dimensão cultural da medicina, no sec. XX, Rivers (1924) e Clements (1932) citados por Heggenhougen e Draper (1990) propõem a necessidade de integrar a medicina no seu contexto sócio- histórico para melhor compreendê-la. Nesta óptica Rivers propõe o conceito etnomedicina para designar ‘sistemas médicos não ocidentais’. Ao distanciarem- se da perspectiva evolucionista unilinear ilustrando a necessidade de analisar a medicina a partir do seu conjunto particular (cultura), fica patente a existência de uma pluralidade médica cada uma válida no seu contexto, tornando a dimensão da cultura abrangente a todas as medicinas. Contudo permanece a suposição de existirem ‘sistemas médicos não ocidentais’. A limitação desta perspectiva prende- se ao facto de primeiro o ‘ocidente’ não possuir um ‘sistema médico’ homogéneo e de existirem vários sistemas médicos ‘não ocidentais’.

Apesar deste avanço teórico, no final do sec. XX e início do sec. XXI a perspectiva de Junod é retomada. Primeiro seguida pelos administradores coloniais e posteriormente em 1975 com o advento da independência nacional, que como uma das premissas a tomar na construção da nova sociedade assumia a necessidade de ultrapassar as práticas médicas dos curandeiros por constituírem obstáculos ao desenvolvimento (Nordstrom, 1991).

2.3. A dimensão cultural nas práticas dos curandeiros e das US

MISAU. INS (1988) e MISAU- INS- GEMT (1995) apelam para a equivalência das práticas médicas dos curandeiros e das US. Contudo a referência a cultura e a tradição é restrita às práticas dos curandeiros. A consequência dessa restrição é a continuidade da consideração de práticas médicas exclusivamente 'primitivas' representadas pelos curandeiros opostas a outras exclusivamente 'modernas' representadas pela US.

Face a recorrência dessa restrição Brown (1998) e Lock & Schepers-Hughes (1990) ilustram que as práticas médicas ditas modernas (também designadas biomédicas) são culturais como todas as outras. Dramatizando esta perspectiva Brown (1998:7) apresenta a posição segundo a qual os sistemas culturalmente construídos, são designados por etnomedicina, limitando-se ao 'outro', isto é não incluindo a biomedicina mas, que "os factores da medicina alopática ou científica são também produtos de uma cultura particular (...)", nesta perspectiva a medicina científica ocidental é apenas uma das formas de etnomedicina. De forma similar Lock e Schepers-Hughes (1990:48) referem que "(...) o esforço científico ocidental é um produto de um contexto histórico e cultural específico".

A partir desta perspectiva fica ilustrado que todas as práticas médicas são culturalmente condicionadas. Contudo, é mantida a concepção da existência de práticas médicas exclusivamente 'ocidentais' e práticas médicas exclusivamente dos 'outros', como se elas existissem em contextos incomunicáveis.

Para Fontes & Sanchez (1999), Alves & Sousa Minayo (1994), Nordstrom (1991) e Bannerman et al. (1983), é necessário explorar os contornos culturais tanto das práticas médicas ditas 'ocidentais'/'europeias' como das ditas 'primitivas' tendo em conta a sua coexistência. Nessa óptica, Fontes e Sanchez (1999) ilustram que tanto as práticas médicas ditas europeias como as ditas tradicionais são conjuntos simbólicos regidos por crenças. Nesta perspectiva

✓

assiste-se a retomada do apelo à equivalência de práticas médicas de origens diferente, mas não é explorada a interação resultante dessa coexistência.

Por sua vez, Alves & Sousa Minayo (1994:33) citam White (1991:2) para quem “(...) o sistema de crenças médicas é específico e não exclusivo a sociedade que a produz”. Este pressuposto ilustra a possibilidade de uma interação entre práticas médicas de origens diferentes. Deste modo as práticas médicas de origem ‘ocidental’ e práticas médicas ‘não ocidentais’ podem ser complementares e recorrentes (sublinhado nosso).

Explorando essa complementaridade Nordstrom (1991) realça que onde coexistam práticas médicas de origens diferentes, estas tomam-se complementares e recorrentes. Para Bannerman et al. (1983) a complementaridade e a recorrência de práticas médicas de origens diferentes resulta da importância que ambas passam a assumir no quotidiano dos indivíduos, ambas passam a fazer parte do património médico desse contexto.

2.4. Pressupostos para a mudança de práticas sociais

Entrando para o debate sobre os pressupostos tomados em conta nos processos que interpenetram a cultura na mudança das práticas sociais consideradas nefastas à saúde, MISAU- INS (1988) e MISAU- INS- GEMT (1995) apresentam uma perspectiva na qual assiste-se ao privilégio da difusão de informação visando obter mudanças nas práticas médicas.

Com a focalização da necessidade de difundir informação sobre a prevenção, a perspectiva adoptada em MISAU- INS (1988) e MISAU- INS- GEMT (1995) assume o papel transformador que o indivíduo desempenha no seu contexto, revitalizando o seu papel na mudança que caracteriza a cultura. Contudo, a não referência a outros factores que condicionam a mudança de práticas médicas leva Uchôa & Vidal (1994:499) a referirem-se a este tipo de perspectiva nos seguintes termos:

“De um modo geral, os programas de saúde partindo do pressuposto de que informação gera uma transformação automática no comportamento das populações frente as doenças, não evidencia os diferentes factores sociais e culturais que intervêm na adopção desses comportamentos”.

Esse esforço de evidenciar os diferentes factores sociais e culturais vai ser levado a cabo por Ayres et al. (1997), Scootney (1976), Airhihembuwa et al. (1999) e Brown et al. (1998), para os quais a mudança de práticas médicas deve ser vista numa esfera interactiva envolvendo difusão de informação, estabelecimento de boas relações sociais que tornem a difusão de informação eficaz e, o condicionamento material para garantir a adopção das práticas desejadas.

Para Batliwala (1994) e Heizer (1996) citados por Ayres et al. (1997) “ (...) a mudança de comportamento não é resultante necessariamente de informação + vontade, mas passa por coerções e recursos ”. Seguindo a mesma

lógica Scootney (1976:6) refere que na mudança de práticas médicas é necessário ter em consideração dois aspectos, "o primeiro dos quais, que a difusão de informação deve ocorrer em simultâneo com a redução dos problemas que afectam os serviços de saúde e o segundo, que o promotor da mudança deve alterar primeiro as suas práticas de modo a que o seu exemplo seja seguido".

Por sua vez Airhiembuwa et al. (1999) reafirmam que dificilmente será possível adoptar mudanças para a prevenção do VIH, se não forem registadas melhorias nas condições globais da sociedade.

Deste modo fica ilustrado que a mudança nas práticas dos indivíduos não depende exclusivamente da sua vontade, mas é condicionada por vários factores dentre os quais os que independem do indivíduo. Contudo a focalização excessiva de condicionalismos que independem do indivíduo, reduz o papel que este tem enquanto agente de mudança e inovação. De forma complementar assiste-se à subestima dos factores biológicos que estão na origem da transmissão do VIH.

Face a este cenário UNAIDS (1998) assume como pressuposto que a mudança de práticas sociais deve contemplar três aspectos. O primeiro é a necessidade de reduzir a exposição aos factores biológicos que perigam a vida do indivíduo. O segundo é a necessidade de reduzir os constrangimentos que sendo dependentes do indivíduo, condicionam e limitam a sua capacidade na mudança de suas práticas. E o terceiro, é a necessidade de reduzir os condicionalismos que independem do indivíduo na mudança de suas práticas.

Da nossa revisão extraímos que a cultura é aberta a mudanças, possibilitando que práticas de origens diferentes em coexistência complementem-se e recorram uma a outra. Contudo, a referida mudança de práticas médicas ocorre condicionada pela interacção entre os domínios de relações sociais, material e simbólico.

3. Quadro Teórico

No presente trabalho operacionalizamos os conceitos cultura, práticas culturais, endoculturação, enculturação, risco e práticas de risco.

Para Spiro (1998:197) a cultura designa “um conjunto de ‘proposições’, ao mesmo tempo descritivas e normativas acerca da natureza, do Homem e da sociedade”. Para Spiro há dois critérios fundamentais a ter em conta na definição de proposições culturais. Primeiro, elas são tradicionais porque desenvolvidas na experiência histórica dos grupos sociais e enquanto património social, através da enculturação e menos da sua experiência privada. Segundo, as proposições culturais são codificadas como signos colectivos mais do que como privados. De forma complementar a cultura é expressa por intermédio de símbolos. Nesta óptica a cultura é visualizada em práticas culturais, das quais as práticas médicas podem ser parte desde que sejam públicas, tradicionais e enculturadas.

Por sua vez Bernadi (1989) refere dentre as várias características da cultura o facto desta estar sujeita a mudanças ou ser dinâmica¹¹. Esta é associável aos processos de sua transmissão, dos quais interessam-nos a endoculturação e a enculturação.

Para Panoff e Perrin (1973) a endoculturação pode ser vista como o processo endógeno¹² de transmissão de valores culturais, no qual o indivíduo aprende um conjunto de normas, valores e crenças que permitirão a sua inserção nesse contexto cultural. A endoculturação é um processo que maioritariamente envolve indivíduos de gerações diferentes. Por sua vez a enculturação é tida como o processo endógeno e exógeno, de negociação de valores, normas e crenças culturais no qual o indivíduo procede a mudanças nos valores que lhe foram transmitidos na endoculturação, adequando-os ao meio cultural no qual se enquadra.

¹¹ Para Benedict [1954], as práticas sociais estão em constante processo de mudança (nota do autor).

¹² Processo interno a determinado contexto cultural.

Segundo Spiro (1998) a enculturação implica para além da aprendizagem de práticas culturais a sua interiorização, isto é, assumir as proposições aprendidas como verdadeiras, transformá-las em crenças pessoais. A enculturação envolve tanto indivíduos de gerações diferentes como da mesma.

Outro conceito usado no presente trabalho é o risco, designado como "a probabilidade que um indivíduo tem de contrair uma infecção, perante a exposição a um organismo patológico, por exemplo o VIH", UNAIDS (1998:4).

Uma vez que a transmissão do VIH ocorre por intermédio de práticas culturais, apresentamos o conceito práticas culturais de risco ou simplesmente práticas de risco, com o qual pretendemos focalizar que o risco de transmissão do VIH está associado a práticas culturais expostas a determinados condicionalismos, independentemente do grupo de pertença dos indivíduos nelas envolvidas. Por último subscrevemos a visão de Brown (1998) que recordar-nos que a cultura é uma esfera interactiva composta pelos domínios de relações sociais, materiais e simbólicas.

No presente trabalho adoptamos os conceitos de cultura e enculturação discutidos em Spiro (1998). Adoptamos ainda o conceito de risco discutido em UNAIDS (1998), e de forma complementar adoptamos o conceito de práticas culturais de risco ou práticas de risco por nós proposto e por último reenquadramos a cultura numa esfera interactiva que envolve relações sociais, materiais e simbólicas, como sugere Brown (1998).

4. Metodologia

O presente trabalho é um estudo exploratório de carácter qualitativo cuja realização contou com duas fases complementares, uma teórica e outra de pesquisa etnográfica. Na fase teórica consultámos por um lado, fontes secundárias indirectas tais como revistas, teses e livros, em bibliotecas localizadas nas Cidades de Maputo e Tete e por outro lado consultamos fontes primárias indirectas, nomeadamente relatórios e Planos, nas Cidades de Maputo e Tete.

Na segunda fase realizamos uma pesquisa etnográfica na Cidade de Tete, na qual fizemos uso de fontes primárias directas, colhidas a partir do uso de entrevistas semi-estruturadas e da observação directa. O presente trabalho contou com a mobilização de três métodos de abordagem: O método histórico, que nos permitiu aceder aos antecedentes da perspectiva dos Planos e das práticas culturais na Cidade de Tete; o método etnográfico, com o qual pretendemos a partir de um caso específico construir um resultado cuja validade pode ser extensiva à casos mais amplos, no presente caso a Moçambique e o método comparativo, a partir do qual procuramos encontrar práticas culturais não explicadas pela perspectiva adoptada nos Planos mas, presentes na Cidade de Tete.

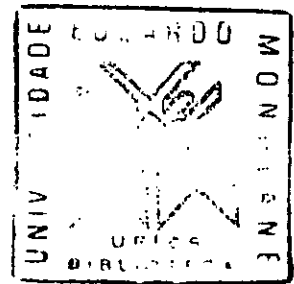
O Universo sobre o qual recaiu a nossa investigação compreendeu um total de vinte e três pessoas, das quais, seis eram Curandeiros, nove faziam parte do pessoal da US, três eram indivíduos que trabalham em grupos de prevenção do VIH e os restantes cinco eram utentes dos serviços da US e dos curandeiros. O referido Universo foi abordado nas Unidades de Kanongola, Boroma, Matundo e Chingale, no Hospital Provincial de Tete (HPT) e no Centro Provincial de Formação de Saúde de Tete (CPFST), todos localizados na Cidade de Tete.

Na fase de recolha de dados privilegiamos a profundidade das questões a sua quantificação (Ver Anexo D). Nosso interesse particular era com o

contexto no qual decorrem as práticas médicas, associadas ao manuseamento de instrumentos perfuro- cortantes e a prevenção do VIH.

A análise de todos os dados recolhidos foi feita `a luz da interpretação. Esta, na óptica de Rivière (1995) "(...) deve ultrapassar, e até contradizer, a interpretação indígena¹³, ou pelo menos, reconstruí-la em outras redes semânticas". Isto é, a operacionalização de conceitos no quadro teórico forneceu-nos instrumentos analíticos com alcance para recolher dados de experiências empíricas (por intermédio de entrevistas e da observação directa). A luz dos conceitos ora referidos e da literatura revista interpretamos os dados colhidos.

¹³ Para Peirano (1995) citando Geertz (1973) pesquisador e informante são todos 'nativos'.



5. Resultados

5.1. Breve Caracterização da Cidade de Tete

A Província de Tete é a quarta maior província do país. Tem como limites a norte a Zâmbia e o Malawi, a sul os rios Luenha e Zambeze, a Este o Malawi e o rio Cheri e a Oeste a Zâmbia e o Zimbabwe (Direcção provincial de Saúde de Tete - Secção Provincial de enfermagem de Tete, 2000). Das línguas faladas na província contam-se o ci-nyúngue, o ci-nyanja, ci-sena e ci-shona.

A sua estrutura de produção assenta na agricultura de cereais, legumes e na pastorícia. Os produtos complementares usados em Tete, são maioritariamente adquiridos nos países vizinhos, que por sua vez recebem produtos importados através da costa oriental de Moçambique, o que os torna dependentes do corredor rodoviário que passa por Tete. Deste modo, o corredor torna-se um ponto central nos intercâmbios entre Moçambique e os países vizinhos. O referido intercâmbio ocasiona constantes movimentações de pessoas e bens, de e para Moçambique.

Tendo em conta os elevados índices de VIH e SIDA reportados nos países vizinhos aliado às referidas movimentações de pessoas, assiste-se à fácil movimentação (propagação) do VIH na província no geral, e na cidade de Tete em particular (Ver Anexo A). A cidade de Tete (capital da província) encontra-se organizada em bairros, unidades, quarteirões e grupos de dez casas, onde perfila uma gama de mercados dentre os quais, 1º. De Maio, Kwatchene, Barracas da Cidade de Tete e Matundo.

Dentre os vários factores que contribuem para a afluência de pessoas a Cidade de Tete conta-se a procura de cuidados médicos, no provimento dos quais contam-se, dentre vários provedores, curandeiros em coexistência com as US. Os curandeiros estão agregados em torno da representação provincial da Associação dos Médicos Tradicionais (AMETRAMO). Por sua vez as US perfazem uma rede composta por quatro Centros de Saúde, cinco Postos de Saúde e o Hospital Provincial de Tete, que é a US de referência a nível da província.

Na procura de cuidados médicos, os curandeiros e as US são solicitados para fornecer os seus préstimos no decurso dos quais assiste-se ao frequente recurso frequente ao manuseamento de instrumentos perfuro- cortantes. Associando os elevados índices de VIH, o manuseamento de instrumentos perfuro- cortantes e a procura de cuidados médicos que envolvem instrumentos perfuro- cortantes fomos colher impressões na US e nos curandeiros a este respeito.

5.2. O percurso na profissão dos curandeiros

Enquanto provedores de cuidados médicos, os curandeiros tem reconhecimento público, pese embora haja preferências entre um e outro curandeiro. Este reconhecimento tem sido associado a capacidade de resolver problemas médicos que a US não resolvem e tem sido fundamental na sua manutenção, de tal modo que mesmo com as repressões as quais foram submetidos, as práticas médicas dos curandeiros foram mantidas em constantes processos de adaptação. O marco mais referenciado sobre mudanças nas práticas médicas dos curandeiros é a fixação colonial em Moçambique, que dentre outros aspectos trouxe a US. Uma das consequências sobre as práticas médicas dos curandeiros foi a transformação do uso de pedaços de madeira usadas nas práticas médicas de efectuar incisões aos utentes que gradualmente deram lugar as lâminas e outros instrumentos.

Os indivíduos que nascem e crescem em locais onde não existe uma US, aprendem, interiorizam e tomam como verdadeiras as práticas médicas dos curandeiros. Estes indivíduos tem como principal referência em cuidados médicos, as práticas médicas dos curandeiros. Por sua vez, indivíduos que nascem em locais onde coexistem US e os curandeiros, aprendem, interiorizam e tomam como verdadeiras ambas práticas médicas.

O exercício da profissão de curandeiro passa por um processo de eleição, com três modalidades diferentes. A primeira é por pré-destinação, onde

cabe aos espíritos dos antepassados escolher o futuro curandeiro. Este processo de escolha é acompanhado de doenças mentais no candidato. Este ao consultar determinado curandeiro será indicado/ encaminhado a outro curandeiro que terá a responsabilidade de iniciá-lo nas práticas médicas. A segunda é por selecção, onde um curandeiro escolhe um parente para servir inicialmente como seu ajudante. E a terceira é por voluntariado, onde qualquer individuo interessado pode solicitar junto a um curandeiro o desejo de aprender práticas médicas. Na esfera pública a eficácia dos cuidados médicos prestados é associada a modalidade de eleição, com os indivíduos eleitos por pré-destinação sendo considerados os mais eficazes.

Uma vez eleitos, os candidatos apresentam-se a um curandeiro para ensiná-los. É junto ao referido curandeiro que os candidatos aprendem e interiorizam as práticas médicas, as normas que as regem, os valores que representam, cristalizando e transformando esses conhecimentos em crenças. Dentre as normas que aprendem consta a restrição, parcial ou total, do exercício de suas actividades em casos de consumo de álcool, prática de relações sexuais e ocorrência de um óbito de um parente consanguíneo. A violação desta norma levaria à loucura ou à morte do curandeiro. Uma outra norma é que o utente é desaconselhado a omitir ou ocultar factos relacionados a sua vida particular, sob pena de ser acometido por loucura ou morte.

5.2.1. Práticas médicas nos Curandeiros e a prevenção do VIH

Com o aparecimento do VIH, os curandeiros efectuem mudanças na sua lista de normas. No tocante ao manuseamento de instrumentos perfuro-cortantes passa ser incluída a necessidade do uso¹⁴ exclusivo de lâminas para cada utente. Estas normas são-lhes transmitidas em cursos de formação promovidos por vários actores interessados, dentre os quais a Direcção Provincial de Saúde. Posteriormente, os curandeiros beneficiados pela formação retransmitem as referidas normas aos curandeiros que não tenham beneficiado da formação.

¹⁴ Com as lâminas são feitas incisões na pele para introduzir medicamentos no organismo.

5.2.2. A adopção da prevenção do VIH nos curandeiros

Um dos factores que contribui para a adopção desta medida preventiva pelos curandeiros é o facto de estar amplamente difundida a informação sobre o risco de transmissão do VIH a partir de suas práticas médicas (dos curandeiros). Este facto tem estado a despertar a atenção dos utentes desses cuidados médicos. De forma complementar os curandeiros por um lado estão sensibilizados pelos apelos lançados sobre o uso exclusivo de lâminas por cada paciente. Por outro lado, a adopção da prevenção acaba transformando-se numa estratégia de manutenção de utentes, onde a facilidade de disponibilidade e acesso na aquisição de lâminas tem facilitado o processo.

Contudo, a adopção das medidas de prevenção nos curandeiros tem encontrado dificuldades. Uma das quais está associada ao acesso a informação correcta e completa sobre os procedimentos a adoptar na prevenção do VIH. Para os curandeiros escasseiam cursos e intercâmbios para troca de informação entre os curandeiros e o pessoal da US. De forma associada referem-se ao facto de nos escassos cursos que tem lugar os curandeiros serem tidos como os eternos inúteis.

Mesmo estando filiados na AMETRAMO, os curandeiros desenvolvem poucas actividades para fazer face a escassez de cursos de formação e intercâmbios. Neste âmbito os curandeiros tornam-se dependentes das escassas iniciativas das entidades de saúde.

Dos escassos cursos e intercâmbios promovidos para os curandeiros visando a difusão de informação sobre prevenção do VIH, assiste-se a processos de transformação do significado dos pressupostos da prevenção. Uma das informações difundidas é referente a necessidade do uso exclusivo de lâminas por utente. A transformação dessa informação resulta em situações como as que de seguida ilustramos. De uma primeira interpretação resulta que o uso exclusivo da lâmina é exigível apenas para pessoas solteiras. Deste modo para pessoas casadas pode ser usada a mesma lâmina porque elas partilham o mesmo sangue. De uma

segunda interpretação resulta que, a lâmina é de uso exclusivo apenas para os utentes no provimento de cuidados médicos. Deste modo a mesma lâmina poderá ser usada, tanto pelo curandeiro como pelo utente, para cortar unhas, cabelo, barba dentre outras utilidades domésticas. A conjugação das referidas dificuldades limita a possibilidade de adopção de uma prevenção eficaz nas práticas médicas dos curandeiros, associadas ao manuseamento de instrumentos perfuro- cortantes.

5.3. O percurso na profissão da US

Surgidas com a expansão europeia, as práticas médicas da US foram enraizando-se no provimento de cuidados médicos em Moçambique. Em vários aspectos trouxeram soluções para alguns problemas médicos até então tidos como insolúveis. Deste modo, elas foram ganhando reconhecimento público. Assim, indivíduos que nascem e crescem em locais onde coexistem US e curandeiros, aprendem, interiorizam ambas práticas médicas.

A integração nas práticas pode ter lugar a partir de duas modalidades. Na primeira o indivíduo candidata-se e é submetido a um curso de formação em práticas médicas da US, depois do qual é integrado no exercício das mesmas. Na segunda o indivíduo começa por trabalhar como auxiliar (servente) do pessoal formado e gradualmente vai sendo integrado no exercício das práticas médicas das US.

Em ambas modalidades, um indivíduo ou grupo de indivíduos com mais experiência transmite aos candidatos as práticas médicas. Por seu turno os candidatos aprendem, interiorizam e assumem como verdadeiras as práticas médicas da US, os valores que elas representam e as normas que as norteiam. Dentre as práticas médicas aprendidas contam-se o provimento de cuidados médicos com recurso a instrumentos perfuro- cortantes.

5.3.1. Práticas médicas na US e a prevenção do VIH

Uma das normas a observar é a incompatibilidade entre o consumo de álcool e o exercício de práticas médicas, cuja violação pode resultar em acidentes que podem prejudicar o utente bem como o provedor dos cuidados de saúde. Outra norma, associada ao manuseamento de instrumentos perfuro- cortantes, prende-se com o dever de reduzir o seu uso¹⁵ a situações de extrema necessidade. Nesses casos o seu uso deverá ser exclusivo com cada utente. Na impossibilidade de uso exclusivo este deverá ser esterilizado ou desinfectado correctamente antes de voltar a ser usado em outro utente. Esta norma é reforçada com o surgimento do VIH, tanto nos cursos de formação como no dia- a- dia do exercício de práticas médicas.

5.3.2. A adopção da prevenção do VIH na US

Dentre os factores que contribuem para a adopção desta medida preventiva na US contam-se, a sensibilidade que o pessoal da US constrói sobre a necessidade da adopção da prevenção de infecções na US, dentre as quais pelo VIH, aliada a uma estratégia de demonstrar desempenho positivo nas suas funções de provedor de cuidados médicos.

Na adopção das medidas da prevenção nas práticas médicas da US, contam-se três tipos de dificuldades. A primeira, é a escassez de cursos de formação em trabalho, que tem consequências a dois níveis. No primeiro temos o pessoal que tendo frequentado cursos de formação acaba esquecendo ou perdendo a eficácia dos procedimentos a tomar na esterilização, desinfeção e outras normas que garantiriam uma maior eficácia na prevenção do VIH. No segundo temos o pessoal que não tendo frequentado cursos de formação. Com estes o problema associa-se a interpretação dos conteúdos da prevenção. A título de exemplo um servente defendia que podia continuar a fazer uso da mesma pinça

¹⁵ Estes tem sido usados durante os partos, feitura de pensos, sutura de feridas, aplicação de vacinas, injecções, tratamento, limpeza e extracção de dentes, dentre outras aplicações.

para fazer penso, sem esterilizar ou desinfetar, porque ainda não estava muito suja.

A segunda dificuldade está relacionada com as constantes rupturas nas provisões de instrumentos perfuro- cortantes, deste modo o pessoal da US inúmeras vezes não cumpre com a regra de uso exclusivo. E, a terceira prende-se com constantes avarias nos equipamentos de esterilização agravado pela falta de sua reparação. Esta dificuldade associada a segunda ilustra- nos como mesmo ciente da necessidade de esterilizar os instrumentos antes de voltar a usa- los, o pessoal da US tem pouco espaço para cumprir procedimentos seguros que garantam uma eficaz prevenção do VIH.

5.4. A relação entre práticas médicas dos curandeiros e das US

Com o surgimento da US no contexto da expansão europeia, as suas práticas não faziam parte do património médico em Moçambique. Hoje porém a longa coexistência entre curandeiros e US como provedores de cuidados médicos, ambas constituem parte desse património.

Apesar de coexistirem como património médico em Moçambique, elas mantêm particularidades. Este facto leva a delimitação de suas competências no provimento de cuidados médicos. A primeira divisão abrange cuidados a prestar em casos de doenças como a malária, infecções respiratórias, diarreias, dores de cabeça, dores de estômago, extracção de dentes e hérnias. Nesta divisão US e curandeiros partilham competências. A segunda divisão abrange questões psico- sociais, tais como busca de estabilidade financeira, emocional, profissional e doenças psico- sociais. Esta divisão é assumida como competência do curandeiro. A terceira divisão abrange cuidados médicos que exijam intervenções cirúrgicas, cortes profundos que necessitam de ser suturados, retirada de quistos. Esta é reconhecida como da competência da US.

O resultado é que, no provimento de cuidados médicos, curandeiros tornam-se utentes na US e pessoal da US utente nos curandeiros. Esta rotação do papel do provedor e do utente, leva a que cada um dos intervenientes (pessoal de saúde ou curandeiros) esteja exposto as práticas providenciadas por outro provedor. De forma complementar o utente está directa ou indirectamente sujeito a essa situação.

Apesar de existir uma complementaridade nos cuidados médicos, o pessoal da US sobretudo furta-se a essa complementaridade. O resultado desta situação é a ausência de encontros regulares para troca de impressões sobre as práticas médicas que cada um dos provedores desenvolve, suas potencialidades e limitações. Este fraco relacionamento na troca de impressões tem estado a dificultar a eficácia dos cursos de formação promovidos para os curandeiros. Nos cursos de formação sobre a prevenção do VIH são contemplados apenas conteúdos positivos referentes às práticas médicas da US. A referência às práticas médicas dos curandeiros focaliza sempre aspectos negativos. Isto leva os curandeiros a reivindicarem um espaço para inserirem conteúdos positivos de suas práticas e negativos da US.

6. Discussão

A nossa discussão é feita a partir do diálogo entre a perspectiva adoptada nos Planos e os resultados alcançados na Cidade de Tete. A referida discussão é apresentada em quatro partes, em cada uma das quais discutimos um assunto. Como primeiro assunto discutimos a restrição da tradição e da cultura às práticas médicas dos curandeiros. De seguida, discutimos a visão evolucionista unilinear sobre a relação entre práticas médicas dos curandeiros e da US. O terceiro assunto de discussão será o privilégio da difusão de informação como forma de ocasionar mudanças de práticas médicas que levem à adopção da prevenção do VIH. Finalmente analisamos se a cultura constitui um obstáculo a ultrapassar na prevenção do VIH em Moçambique no período em estudo.

6.1. Práticas culturais dos curandeiros e das US

Um dos assuntos patentes na perspectiva adoptada nos Planos é a restrição da cultura às práticas médicas dos curandeiros. Segundo esta perspectiva elas são exclusivamente culturais porque são exclusivamente tradicionais. Deste modo as práticas médicas da US não são culturais porque não fazem parte da tradição médica em Moçambique. Na nossa óptica este ponto tem validade se recuarmos no tempo, para o contexto no qual não existiam em Moçambique práticas médicas da US, isto é, antes da fixação da dominação colonial no princípio do sec. XIX. Neste contexto falar de tradição em práticas médicas poderia equivaler a referir-se exclusivamente às práticas médicas dos curandeiros.

Passado quase um século desde a sua fixação em Moçambique, as práticas médicas da US foram sendo assumidas como verdadeiras e a constituir um ponto de referência na esfera de provimento de cuidados médicos no país, isto é, elas foram apropriadas e tornadas parte do património médico do país. Este facto decorreu ao longo de várias gerações, e em parte está associado a repressão movida pela administração colonial portuguesa e de seguida a repressão movida no pós- independência em Moçambique, contra as práticas médicas dos

curandeiros. De forma complementar os indivíduos foram descobrindo potencialidades contidas nas práticas médicas da US. Este facto vai potenciar a coexistência de práticas médicas dos curandeiros e da US. Deste modo, por um lado as práticas médicas da US passaram a ser reconhecidas como práticas médicas verdadeiras, sendo transmitidas de geração para geração, tanto para os provedores como para os utentes que fazem uso delas.

Por outro lado as práticas médicas dos curandeiros continuam sendo reconhecidas como verdadeiras, transmitidas de geração para geração e usadas no dia-a-dia. Mesmo com a difusão sobre o risco associado às práticas médicas dos curandeiros os utentes não deixam de os procurar, incluindo o pessoal da US. Este facto permite-nos referir que as práticas médicas da US foram incorporadas na tradição médica em Moçambique, juntamente com as práticas médicas dos curandeiros. Ambas são publicamente reconhecidas como tal e transmitidas de geração para geração. Por conseguinte práticas médicas da US e dos curandeiros são ambas culturais.

6.2. A complementaridade entre as práticas médicas

O segundo assunto que nos propusemos a discutir é a adopção de uma visão evolucionista unilinear na relação entre as práticas médicas dos curandeiros e da US. A este respeito os Planos apelam para a substituição de práticas médicas nos curandeiros pelas práticas médicas da US. Este apelo não é extensivo às práticas médicas na US.

Esta visão levanta dois pontos de debate, o primeiro dos quais é a suposição da existência de práticas médicas que exclusivamente necessitam de adoptar premissas que a outra já adopta. Contudo, um olhar sobre as recomendações para a prevenção do VIH, ilustra que estas são semelhantes as usadas para a prevenção de outras infecções que ocorrem por intermédio de instrumentos perfuro-cortantes na US, como o caso da Hepatite-B. Existindo já esta recomendação e estando a ser cumprida qual seria a necessidade da

insistência na sua adopção para a prevenção do VIH. Na nossa óptica essa insistência resulta da fragilidade de sua adopção, isto é, apesar de serem recomendações rotineiras nas práticas médicas na US, elas não tem estado a ser seguidas. Deste modo as práticas médicas dos curandeiros e da US necessitam de mudanças.

O segundo é a visão na qual o processo de adopção de medidas de prevenção levaria a substituição das práticas médicas dos curandeiros pelas da US. Recordando os vários processos de repressão pelo qual as práticas médicas dos curandeiros foram sujeitas, estas não desapareceram. Mas transformaram-se, assumiram novos significados e deram lugar a formas diferentes de relações envolvendo, utentes, provedores e estes entre si. Contudo, continuaram práticas médicas dos curandeiros, mantendo-se em constante processo de transformação, continuando a merecer reconhecimento e créditos de seus provedores e utentes.

Assim temos por um lado, o reconhecimento que o pessoal da US apresenta face a capacidade exclusiva que os curandeiros tem no provimento de certos cuidados médicos, fornecidos com eficácia para um certo tipo de problemas médicos. Por outro lado os curandeiros reconhecem a capacidade exclusiva que o pessoal da US demonstra no provimento de determinados cuidados médicos.

Deste modo assiste-se a complementaridade entre práticas médicas de curandeiros e da US. O privilégio da prevenção do VIH sobre as práticas médicas dos curandeiros, subestimando as práticas médicas da US num contexto de complementaridade, fragiliza a prevenção, uma vez que os utentes, mesmo estando seguros nos curandeiros não estarão na US. Este facto pode criar um ciclo de retransmissões que por sua vez irá afectar a prevenção nos curandeiros. A partir dos argumentos arrolados pretendemos reivindicar a complementaridade e a recorrência que existe entre as práticas médicas dos curandeiros e da US o que torna a transmissão do VIH complementar e recorrente nas práticas de ambos os provedores de cuidados médicos.

6.3. Condicionalismos na mudança de práticas médicas

Como terceiro assunto, discutimos o privilégio da difusão de informação na prevenção do VIH, como forma de efectivar mudanças de práticas médicas associáveis à propagação do VIH.

O privilégio da difusão de informação, parte do pressuposto segundo o qual a cultura é composta apenas por um domínio simbólico (do conhecimento que se cristaliza em crenças). Deste modo é assumido que alterações no domínio simbólico irão produzir alterações na totalidade das práticas sociais (práticas médicas no presente caso).

Reenquadrando a cultura nas suas três dimensões, nomeadamente o domínio de relações sociais, o domínio material e o domínio simbólico, o cenário altera. Na prevenção do VIH, dificuldades na interacção dos referidos domínios tem estado a dificultar a mudança de práticas médicas que garantam a prevenção do VIH. Contudo existem diferenças no tipo de dificuldades encontradas na mudanças de práticas médicas dos curandeiros e da US.

Nas práticas médicas dos curandeiros a maior dificuldade está associada ao conhecimento sobre a prevenção do VIH. Esta dificuldade é caracterizada primeiro, por conhecimento incompleto e incorrecto dos procedimentos a seguir na prevenção do VIH. Esta dificuldade resulta por um lado da escassez de intercâmbios que se estabelecem por um lado entre o PNC DTS/HIV/SIDA e o pessoal da US e os curandeiros. Por outro lado, os curandeiros não tem estado a buscar alternativas para essa dificuldade. A referida dificuldade ocasiona por um lado a existência de uma minoria de curandeiros com conhecimentos supérfluos sobre a prevenção do VIH e por outro lado a existência de uma larga maioria sem acesso a informação sobre a prevenção do VIH. A segunda dificuldade está associada a interpretação dos conhecimentos sobre a prevenção do VIH. O resultado é a fragilização da prevenção associada as práticas médicas dos curandeiros.

Por sua vez, no esforço da mudança das práticas médicas na US na prevenção do VIH, contam-se três dificuldades de relevo. A primeira é caracterizada por conhecimento incompleto ou incorrecto dos procedimentos a seguir na prevenção do VIH. Este facto resulta da escassez de intercâmbios que se estabelecem por um lado entre o PNC DTS/HIV/SIDA e o pessoal da US no tocante a prevenção associada aos instrumentos perfuro-cortantes. Deste modo temos por um lado pessoal da US que tendo aprendido os pressupostos da prevenção a muito tempo atrás, fique com conhecimentos supérfluos sobre a prevenção do VIH. Por outro lado temos pessoal da US que não tendo aprendido os pressupostos da prevenção do VIH, continua sem acesso a conhecimentos sobre a mesma. Complementar a primeira temos a dificuldade associada à interpretação dos conhecimentos sobre a prevenção, que afecta tanto o pessoal com formação como o pessoal sem formação.

A segunda dificuldade está relacionada às constantes rupturas nas provisões de instrumentos perfuro-cortantes. E a terceira prende-se com constantes avarias nos equipamentos de esterilização agravado pela falta de sua reparação.

De forma separada ou interactiva as referidas dificuldades limitam a possibilidade de ocorrência de mudanças nas práticas médicas chegando mesmo a inviabilizar a adopção da prevenção do VIH. Deste modo a difusão de informação apenas, afigura-se insuficiente para gerar mudanças nas práticas médicas da US que garantam uma adopção eficaz na prevenção do VIH.

6.4. A cultura como contexto em mudança

O último ponto de discussão é a consideração segundo a qual a cultura e as práticas culturais constituem um obstáculo a ultrapassar na prevenção do VIH.

Em Moçambique a prevenção do VIH decorre num contexto onde coexistem práticas médicas dos curandeiros e da US, que mostram-se abertas a

mudanças por transformação. Com a necessidade de garantir a adopção da prevenção do VIH tem sido apelado aos curandeiros e ao pessoal da US, para efectuarem mudanças nas suas práticas médicas. Os referidos apelos, tem estado a ser assumidos tanto nos curandeiros na US, ocasionando mudanças num e noutra provedor de cuidados médicos.

A partir dos resultados apresentados no presente trabalho, é notória a existência de dificuldades na adopção da prevenção do VIH tanto nas práticas médicas dos curandeiros como da US, caracterizadas por falta de informação correcta e completa sobre a prevenção do VIH, significados da mesma e a disponibilidade de instrumentos perfuro- cortantes. As referidas dificuldades tornam as práticas médicas, dos curandeiros e da US, potenciais práticas de risco. Contudo elas tornam- se de risco devido as dificuldades referidas e não por serem culturais. De forma complementar elas não constituem obstáculos, mas são condicionadas por dificuldades na prevenção do VIH. As referidas dificuldades podem ser consideradas obstáculos.

Assim, enquanto contexto em transformação onde decorrem práticas dos curandeiros e a prevenção do VIH, a cultura não constitui um obstáculo. De forma complementar as práticas médicas dos curandeiros e da US, enquanto abertas a mudanças por transformação, não constituem obstáculos a ultrapassar na prevenção do VIH em Moçambique.

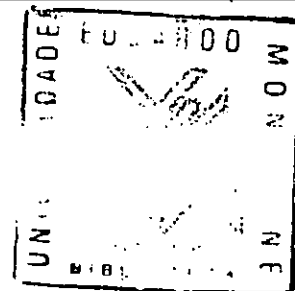
7. Considerações finais

De um modo geral, a cultura constitui o contexto onde indivíduos esforçam-se por garantir sua sobrevivência bio-social, numa esfera interdependente que envolve três domínios, o das relações sociais, material e o simbólico. Visando garantir a referida sobrevivência, os indivíduos efectuam constantes mudanças e transformações que envolvem os vários domínios que compõem a cultura. Essas mudanças podem resultar de iniciativa interna à cultura em referência ou podem derivar de uma origem externa à mesma.

A discussão dos resultados do presente em parceria com o quadro teórico e a revisão da literatura permite-nos considerar quatro aspectos a saber: Primeiro, que as práticas médicas dos curandeiros e da US são culturais, porque são interiorizadas e assumidas como verdadeiras. Tornaram-se parte do património social dos indivíduos, são expressas sob forma simbólica e estão abertas a mudanças. Segundo, que as práticas médicas dos curandeiros e da US são complementares e recorrentes. Terceiro, que a mudança de práticas médicas é condicionada pela interacção entre a forma como os actores envolvidos negociam conhecimentos sobre a prevenção do VIH, a disponibilidade e o acesso a instrumentos perfuro-cortantes e a forma como cada actor interpreta o significado das práticas a adoptar na prevenção do VIH.

Por último, consideramos que a cultura constitui o contexto onde decorrem práticas culturais dentre as quais as práticas médicas e a prevenção do VIH. Isto significa que, o papel que a cultura desempenhou na prevenção do VIH associada a instrumentos perfuro-cortantes em Moçambique, de 1987 a 1999, foi o de constituir o contexto onde decorriam as práticas médicas dos curandeiros e da US e no qual se tornou possível adoptar a prevenção.

Enquanto contexto aberto a mudanças a cultura e as práticas médicas dos curandeiros e da US não constituem obstáculos a ultrapassar na prevenção do VIH. Isto é, obstáculos que surgem no esforço pela mudança de práticas médicas



para a prevenção do VIH, não derivam de as práticas médicas serem culturais, mas resultam da existência de condicionalismos interactivos (de relações sociais, materiais e simbólicas) que surgem ao longo de todo o processo de adopção da prevenção do VIH e independem da cultura onde ocorram.

A partir das considerações apresentadas, distanciamos-nos das perspectivas adoptadas nos Planos e por Bayer (1994). E procuramos complementar a perspectiva proposta por Airhihembuwa (1989) e Airhihembuwa et al. (1999).

Quanto a perspectiva adoptada nos Planos, ela vem recordar-nos a existência de práticas culturais que facilitam a propagação do VIH e dificultam a sua prevenção. Contudo esta perspectiva torna-se limitada, pela restrição da cultura às práticas médicas dos curandeiros e sua associação exclusiva à tradição numa visão evolucionista unilinear entre práticas médicas dos curandeiros e da US. Outra limitação prende-se com o privilégio da prevenção do VIH nos curandeiros e a subestima da mesma na US e a não tomada em conta da interacção que a coexistência entre US e curandeiros ocasiona e suas consequências na prevenção do VIH.

Por último a terceira limitação identificada, prende-se com a consideração segundo a qual a mudança de práticas médicas pode ser efectuada a partir da difusão de informação sobre a prevenção. Deste modo perdem-se de vista outros condicionalismos, tais como de relações sociais e materiais, que juntos condicionam a mudança de práticas médicas e a adopção eficaz da prevenção do VIH.

Por sua vez a perspectiva proposta por Bayer tem como potencialidade o legado segundo o qual a prevenção do VIH não deverá ser impedida em nome da cultura. Como limitante desta perspectiva apontamos a consideração da incompatibilidade entre cultura e a prevenção do VIH e de forma complementar a

consideração da cultura como um obstáculo a ultrapassar na prevenção do VIH. Face a esta limitação Airhihembuwa et al. (1999) procuram ilustrar que a cultura não constitui um obstáculo na prevenção do VIH. Contudo, privilegiam a discricção do que não é cultura no lugar de esclarecer o que é a cultura e por via disso demonstrar porque é que ela não constitui um obstáculo na prevenção do VIH.

Na nossa óptica, a cultura não constitui um obstáculo á prevenção, porque é um contexto aberto a mudanças e transformações, e enquanto tal os seus conteúdos podem ser alterados, abrindo espaço para a adopção de práticas que contribuam na prevenção do VIH. Esta, mudança, será condicionada pelas dificuldades que interpenetram a adopção da prevenção do VIH. Sendo assim uma prevenção eficaz do VIH passa pela redução das práticas de risco, que por sua vez passam pela redução dos constrangimentos que propiciam as práticas de risco.

Na redução de práticas de risco nos cuidados médicos dos curandeiros e da US tem que ser tomada em conta a interacção entre a forma como os actores envolvidos negociam conhecimentos sobre a prevenção do VIH, a disponibilidade e o acesso a instrumentos perfuro- cortantes e a forma como cada actor interpreta o significado das práticas a adoptar na prevenção do VIH. Constrangimentos na referida interacção constituirão obstáculos na adopção da prevenção e consequentemente na redução de práticas de risco. De forma contrária, o reforço dessa interacção irá fortalecer a adopção eficaz da prevenção do VIH e reduzir as práticas de risco.

- BENEDICT, Ruth. [1954]. *Padrões de Cultura*. Lisboa: Livros do Brazil
- BERNADI, Bernardo. 1989. *Introdução à Antropologia*. Lisboa: Teorema
- BROWN, Peter J., ABRETT, Ronald & PADILLA, Mark. 1998. "Medical Anthropology: An Introduction to the Fields" In: BROWN, Peter (Ed.). 1998. *Understanding and Applying Medical Anthropology*, California: Mayfield Publishing Company
- BROWN, Peter (Ed.). 1998. *Understanding and Applying Medical Anthropology*, California: Mayfield Publishing Company
- BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques & SCHOUTHEETE, Marc de. [1977] *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: Os Polos da Prática Metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A
- CARRARA, Sérgio. "Entre cientistas e Bruxos: Ensaio Sobre os Dilemas e Perspectivas de Análise Antropológica da doença" In: ALVEZ, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília Souza. 1994. *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*, Rio de Janeiro: S/E
- COPANS, Jean. 1974. *Críticas e Políticas de Antropologia*, Lisboa: Edições 70
- COUGHLIN, Peter & Langa Julieta. 1997. *Claro e Directo: Como Escrever um Ensaio*. 2ª. Edição revista e ampliada, Maputo: Globo
- DOUGLAS, Mary. 1992. *Pureza e Perigo*, Lisboa: Edições 70
- FINENBERG, Harvey V. *Education to Prevent AIDS: Prospects and Obstacles*, Science Vol. 339 Articles

8. Fontes

8.1. Fontes Bibliográficas

XIII AIDS Conference. *Break the Silence: Abstracts*, Vols. I e II, Durban, July 9- 14, 2000

AIRHIHEMBUWA, C. O. 1989. *Emphasis on the Importance of Cultural Appropriateness in Implementing Health Education and Prevention Intervention*, Geneva: UNAIDS

AIRHIHEMBUWA, C. O; MAKINWA, Bunmi; FRITH, Michael & OBREGON, Rafael. 1999. *Communication Framework for HIV/AIDS: A New Direction*. Geneva: UNAIDS/ PENNSYLVANIA Project

ALVES, Paulo Cesar & SOUSA MINAYO, Maria Cecília de. 1988. *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Fio Cruz: Fio- Cruz Editora

AMARAL, Wanda do (compil.). 1999. *Guia para Apresentação de Teses, Dissertações, Trabalhos de Graduação*, 2ª. Edição revista, Maputo: Livraria Universitária, Universidade Eduardo Mondlane

AYRES, José Ricardo de Carvalho et al. 1997. "Vulnerabilidades e Prevenção em Tempos de AIDS" In: BARBOSA, Regina e PARKER, Richard (org.). 1999. *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidade e Poder*. Rio de Janeiro: Editora 34

BANNERMAN, Robert H; BURTON John & WEN- CIEH Ch'en (eds.). 1983. *Traditional Healers and Care Coverage*. Geneva: WHO

BAYER, R. 1994. AIDS Prevention and Cultural Sensitivity: are they Compatible? *American Journal of Public Health*. 84(6)

FRANQUE, Gilberto. 2000. *Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar: Noções Gerais (Esboço)*. Tete: Centro Provincial de Formação de Saúde de Tete (Não publicado)

FONTES, António e SANCHEZ, João Gomes. 1999. *Medicina Popular: Ensaio de Antropologia Médica*, Lisboa: ASA

FORMOSINHO, Sebastião J. 1988. *Nos bastidores da Ciência: A Resistência dos Cientistas à Inovação Científica*. Lisboa: Grádiva Publicações Lda

GEERTZ, Clifford. 1973. *Interpretação das culturas*, Petropolis: Zahar Editores

GUMODOKA, Balthazar; FAVOT, Isabel and DOLMANS, Wil. "Medical Care- Related Transmission" In: NGWESHEMI, Japheth et al. (Eds.) 1997. *HIV Prevention and AIDS Care in Africa: A District Level Approach*. Amsterdam: Royal Tropical Institute

HEGGENHOUGEN, K. & DRAPER, A. 1990. *Medical Anthropology and Primary Health Care: An Introduction and Selected Annotated Bibliography*. London: London School of Higyene and Tropical Medicine

ISAACS, Evelyn W. "Improving the Practice of Universal Precautions by Health Works: Experience from Southern Africa" In: *Africa Fights HIV/AIDS*, WHO- Regional Office for Africa Magazine, July- December, V. I, n0 2, 2000

JOHNSON, Thomas M. & SARGENT, Carolyn E. 1990. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger Publisher

JUNOD, Henry A. 1974. *Usos e Costumes dos Bantos*. Tomos I e II, Lourenço Marques: Imprensa Nacional

KLEINMAN, Arthur. 1980. "Culture, Health Care Systems and Clinical Reality" In: KLEINMAN, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. California: California Press Ltd.

KILANI, Monder. 1994. *La Invention de L'autre: Essays sur le Discours Antropologique*. Lausanne: Editions Payot

LAKATOS, Maria Eva & MARCONI, Marina de Andrade. 1991. *Fundamentos de Metodologia Científica*, 3ª. Edição revista e ampliada. São Paulo: São Paulo Editora

LELLO, Jose & LELLO, Edgar. 1970. *Dicionário prático ilustrado*. Porto: LELLO e Irmãos Editores

LOCK, Margaret & SCHEPER-HUGHES, Nancy. "A Critical Interpretative Approach in Medical Anthropology: Ritual and Routines of discipline and Dissent". In: JOHNSON, Thomas M. & Sargent, Carolyn E. 1990. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger Publisher

MACQUEEN, Brokensha D. & SESSL, K.M. 1987. *Social Factors in the Transmission and Control of AIDS in Africa*, New York: Institute for Development Anthropology (Unpublished)

MIAMBO, Aurélio Augusto. *A Construção Epistemológica do Saber Antropológico: Perspectivas, Lições e Desafios*. 2001. Projecto de Pesquisa,

Licenciatura, Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane, 2001

NGOENHA, Severino. 1994. *Por uma Dimensão moçambicana da Consciência Histórica..* Porto: Salesianas

N'GWESHEMI, Japheth; BOERMA, Ties; BENNETT, John & SCHAPINK, DICK (Eds.). 1997. *HIV Prevention and AIDS Care in Africa: A District Level Approach*, Amsterdam: Royal Tropical Institute

NORDSTROM, Carolyn. 1991. *Formalizando a Medicina Tradicional*. Maputo: MISAU

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). 1990. *Normas para o Aconselhamento Sobre a Infecção HIV e Doença*. Geneva: OMS

ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). 1989. *SIDA: Prevention et Lutte*, Oxford: Pergamon Press

PANOFF, Michel & PERRIN, Michel. 1973. *Dicionário de Etimologia*. Lisboa: Edições 70

PEIRANO, Mariza. 1995. *A Favor da Etnografia*. Rio de Janeiro: Relume dumará

POOL, Robert. "Anthropological Research on AIDS" In: N'GWESHEMI, Japheth; BOERMA, Ties; BENNETT, John & SCHAPINK, DICK (Eds.). 1997. *HIV Prevention and AIDS Care in Africa: A District Level Approach*, Amsterdam: Royal Tropical Institute

RIVIERE, Claude. 2000. *Introdução à antropologia*. Lisboa: Edições 70

RHODES, Lorna Amarasingham "Studying Biomedicine as a Cultural System" In: JOHNSON, Thomas M. & SARGENT, Carolyn E. 1990. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger Publisher

SCHAAL, Virgínia & STRUCHINER, Miriam. 1995. "Educação no contexto da Epidemia de HIV/AIDS: Teorias e Tendências Pedagógicas" In: CZERESNIA, Dina et al (org.). 1995. *AIDS: Pesquisa Social*, Rio de Janeiro: ABRACO

SCOOTNEY, Norman. 1976. *A Manual for Medical Assistant and Other Rural Workers*. Nairobi, African Medical and Research Foundation

SHWEDER, Richard A. "A Rebelião Romântica da Antropologia Contra o Iluminismo, ou de como há mais Coisas no Pensamento para além da Razão e da Evidência" In: *Educação Sociedade e Cultura*, nº. 8, 1997, 135-188

SOURNIA, Jean- Charles & RUFFIE, Jacques. 1984. *As Epidemias na História do Homem*. Lisboa: Edições 70

SPERBER, Dan. 1992. *O Saber dos Antropólogos*. Lisboa: Edições 70

SPIRO, Melford E. "Algumas Reflexões Sobre o Determinismo e o Relativismo Culturais com Especial Referência à Emoção e à Razão". In: *Educação Sociedade e Cultura*, nº. 9, 1998, 197-230

TEMPLE, David & Westwood, Norman. 1988. *AIDS Now: Some questions Answered*. Welsh: Continuing Education Center- School of Pharmacy

UCHÔA, Elizabeth & VIDAL, Jean Michel. "Antropologia Médica: Conceitos e Metodologias para uma Abordagem da Saúde e da Doença". In: *Cadernos de Saúde Pública*, 10(4), 1994, pp. 497- 504

UNAIDS. 1999. *Communications programming for HIV/AIDS: an annotated bibliography presented to UNAIDS*, Geneva: UNAIDS

UNAIDS. 1998. *Expanding the Global Response to HIV/AIDS Through Focused Action: Reducing Risk and Vulnerability, Definitions, Rationale and Pathways*, Geneva: UNAIDS

UNITED NATIONS SYSTEM IN MOZAMBIQUE. 2000. *Common Country Assessment*. Maputo: Elo Gráfico

WIEWIORKA, Michel. "Será que o Multiculturalismo é a Resposta?" In: *Educação Sociedade e Cultura*, nº. 12, 1999, 7-46

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 1991. *AIDS Prevention Through Health Promotion: Facing Sensitive Issues*. Geneva

WHO. 1989. *AIDS Prevention through Health Promotion: Broadcaster's Questions and Answers on AIDS*, Geneva: WHO GPA

8.2. Fontes Documentais

Direcção provincial de Saúde de Tete (DPST) - Secção Provincial de enfermagem de Tete (SPET). 2000. *Relatório de actividades desenvolvidas durante o ano 1999*. Tete, Janeiro de 2000

DPST. *Relatório, Janeiro a Dezembro de 1999*, Tete, 1999

DPST. *Relatório, Janeiro a Dezembro de 1998*, Tete, 1998

DPST. *Relatório do II Semestre, 24 de Janeiro de 1994*, Tete, 1994

DPST. *Relatório do I Semestre, 11 de Junho de 1992*, Tete, 1992

DPST. *Relatório do III Trimestre, 04 de Outubro de 1991*, Tete, 1991

LUCAS, Paulino & FLAVIANA, Vera Cruz. 1990. *Conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao SIDA num bairro rural na província de Tete*. Instituto de Comunicação Social (ICS)

Ministério para a coordenação da acção social. 1999. *Relatório Nacional Sobre o Desenvolvimento Social. 1995-1998*. Maputo: Elo gráfico

MISAU. 1999. *Plano Estratégico Nacional de Combate as DTS/HIV/ SIDA 200-2002: Integração, Qualidade e Abrangência*, Maputo

MISAU/ Direcção Nacional da Saúde (DNS)/ PNC DTS/ SIDA. 1994. *Relatório de visita de supervisão à província de Tete, 11 de Março de 1994*, Maputo

MISAU/ DNS/ PNC DTS/ SIDA. 2000. *Relatório de visita de supervisão à província de Tete, 31 de Janeiro de 2000*, Maputo,

MISAU- Instituto Nacional de Saúde (INS)- Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GEMT). 1995. *Relatório Descritivo do Seminário Colaborativo Modelo entre a Medicina Moderna e a Medicina Tradicional na Província de Nampula*, Cidade de Nampula

MISAU. 1992. *Planos a Médio Termo- 92/93*. Maputo: Programa Nacional de Combate a SIDA

_____ 1990. *Plano Operacional- 1990-1991*. Maputo: Programa Nacional de Combate a SIDA

_____ 1988. *Plano de 3 anos: 1988-1990*. Maputo: Programa Nacional de Combate a SIDA

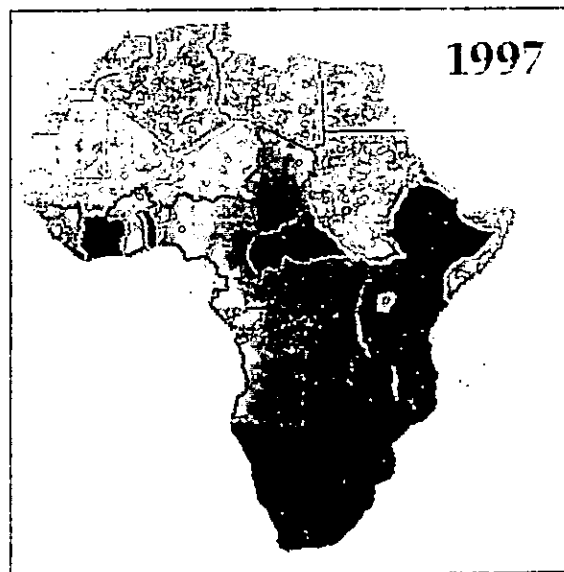
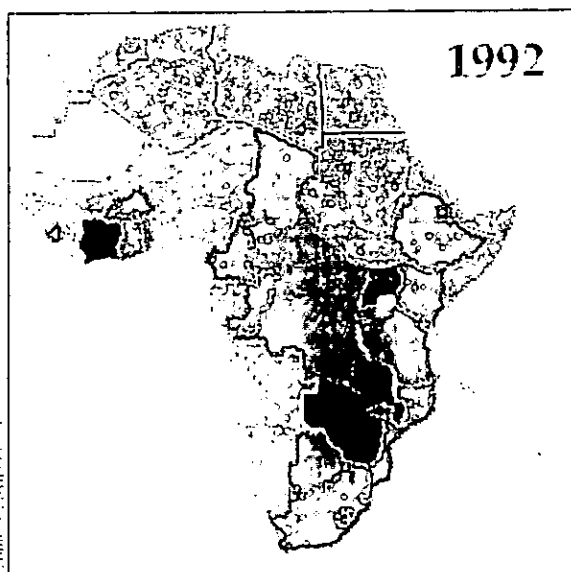
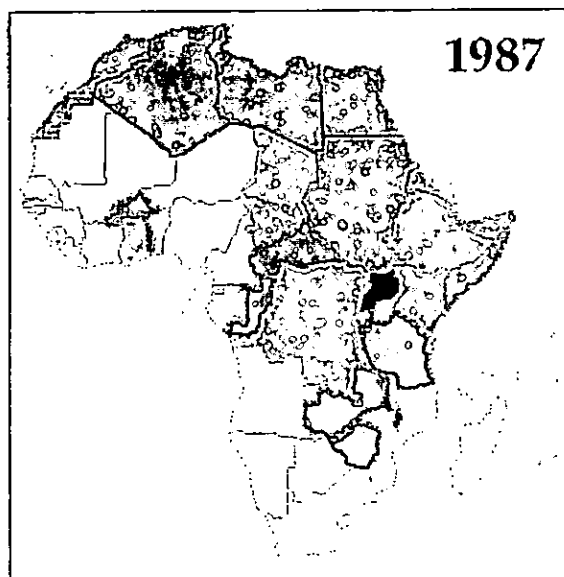
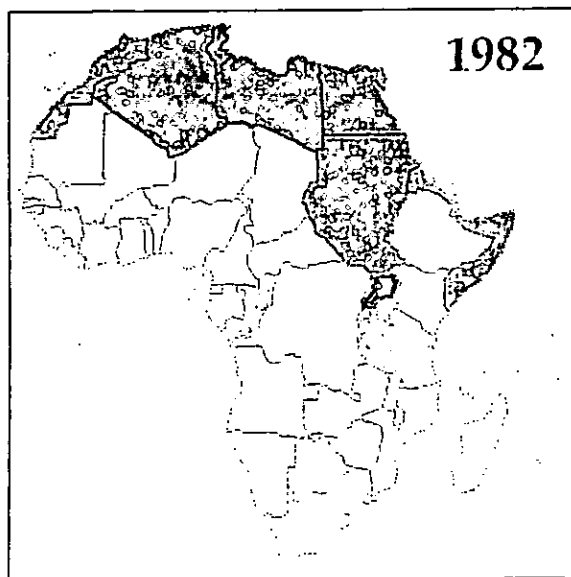
MISAU. INS. 1988. *Relatório sobre conhecimentos Atitudes e Crenças dos Praticantes de Medicina Tradicional em Relação ao SIDA na Cidade de Maputo*. Maputo

Population Services International (PSI) e MISAU PNC DTS/ SIDA. 1997. *Comunicação e Marketing para a Prevenção da SIDA.*, Maputo

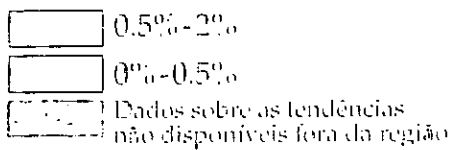
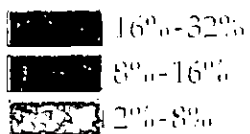
SANDE, Manuel Nhama; OBADIAS, João Abel & ENGELBERT, Greta-Stina. 2001. *Relatório das Actividades de Avaliação de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) ao Pessoal Reciclado de 1993 a 2000*. (Doc. restrito)

ANEXO A

A Propagação do VIH na África Subsaariana Através do Tempo, 1982- 1997

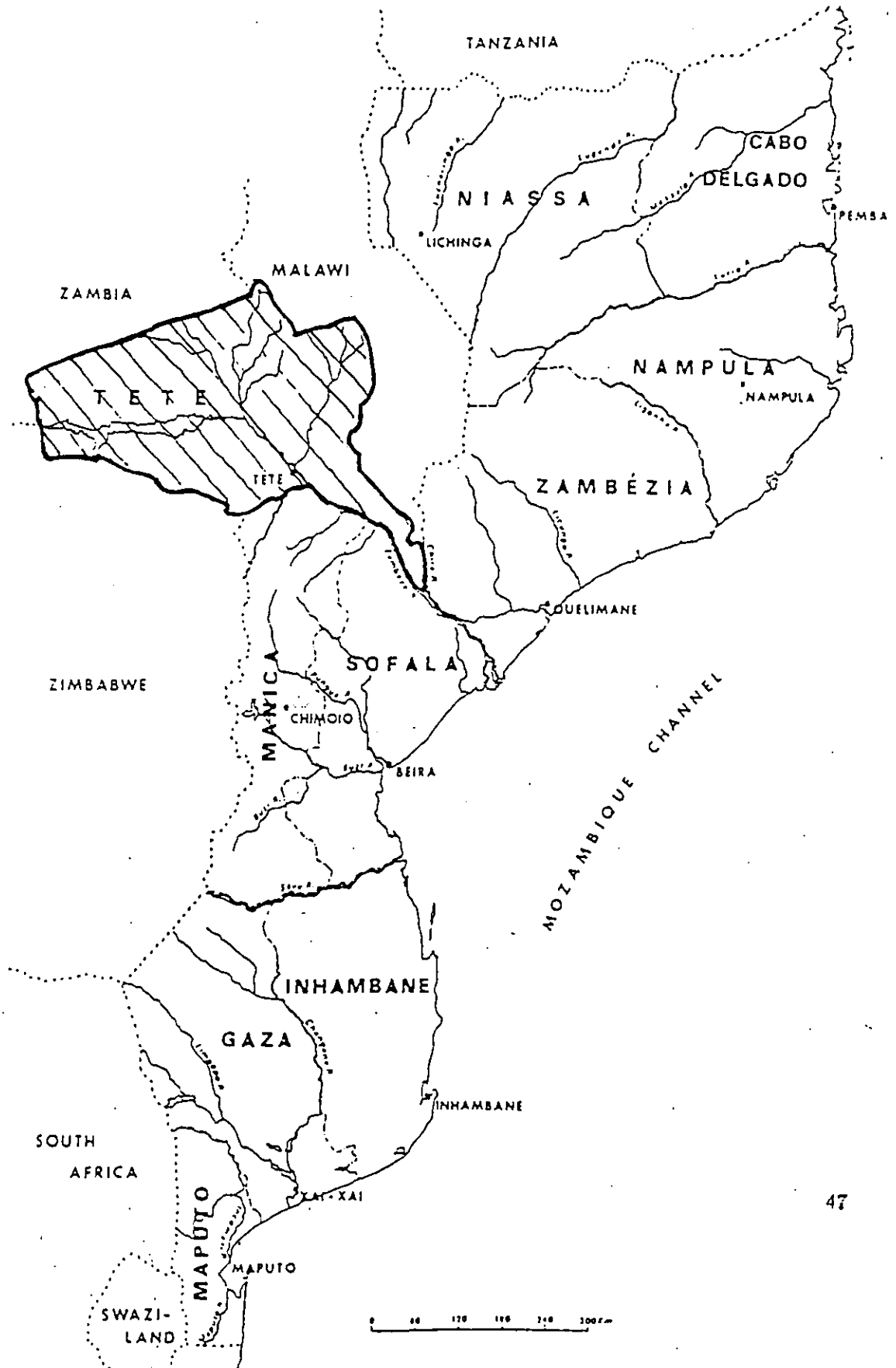


Taxa de
Incidência nos
Adultos



ANEXO B

Mapa de Moçambique. A Província de Tete e os países fronteiriços



ANEXO D

Guião de entrevistas

- As pessoas vão aos curandeiros ou as US?
- Entre curandeiro e US qual é o mais importante?
- É possível acreditar no curandeiro e na US?
- Curandeiros e pessoal das US, usam os serviços um do outro?

- A US não é originária de Moçambique, como é que as pessoas acreditam nela?
- Porque motivo as pessoas vão a US? Quais os problemas que apenas a US resolve?
- Como é que as pessoas podem candidatar-se para fazer parte do pessoal da US?
- O que é que os candidatos são ensinados sobre normas a seguir para proteger-se a si e aos seus utentes? O que acontece quando essas normas não são seguidas?
- Como é que se previne o SIDA nas práticas das US?
- Que dificuldade limitam a adopção da prevenção do VIH nas US?

- Houve várias tentativas de proibir as práticas dos curandeiros, como é que elas continuam a existir?
- Porque motivos as pessoas vão ao curandeiro? Quais os problemas que apenas o curandeiro resolve?
- Como é que as pessoas podem candidatar-se para ser um curandeiro?
- O que é que os candidatos são ensinados sobre normas a seguir, para proteger-se a si e aos seus utentes? O que acontece quando essas normas não são seguidas?
- Como é que se previne o SIDA nas práticas dos curandeiros? Que passos são seguidos nesse processo?
- Que dificuldades limitam a adopção da prevenção do VIH nos curandeiros?

- Como é que se pode adoptar uma prevenção eficaz do VIH, nos curandeiros e nas US?