



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
MESTRADO EM SOCIOLOGIA**

## **AIDS E SOLIDARIEDADE**

Um estudo sobre as redes sociais de portadores de HIV/AIDS em  
Cabo Verde.

Oswaldo Freire Joaquim Varela

Prof. Dr. Paulo Henrique Martins  
(Orientador)

Recife  
2009



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
MESTRADO EM SOCIOLOGIA**

## **AIDS E SOLIDARIEDADE**

Um estudo sobre as redes sociais dos portadores de HIV/AIDS  
em Cabo Verde

Oswaldo Freire Joaquim Varela

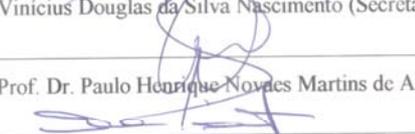
Dissertação de Mestrado apresentada por  
Oswaldo Freire Joaquim Varela à banca  
examinadora do Programa de Pós-  
Graduação em Sociologia da Universidade  
Federal de Pernambuco como exigência  
parcial para obtenção do título de Mestre  
em Sociologia, sob orientação do Prof.  
Doutor Paulo Henrique Martins.

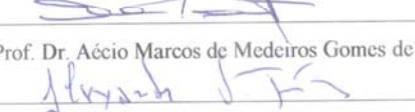
Recife  
Março de 2009

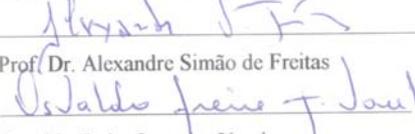
**Ata da Sessão de Argüição de Dissertação de OSVALDO FREIRE JOAQUIM VARELA do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.**

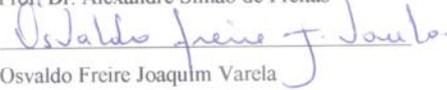
Aos vinte e nove dias do mês de abril do ano de dois mil e nove, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da Comissão designada para o **Exame de Dissertação de OSVALDO FREIRE JOAQUIM VARELA**, intitulada: *AIDS E SOLIDARIEDADE*: Um estudo sobre as redes sociais de portadores de HIV/AIDS em Cabo Verde. A Comissão foi composta pelos Professores: **Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (Presidente/Orientador)**; **Prof. Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos - Titular Interno (PPGS/UFPE)**; **Prof. Dr. Alexandre Simão de Freitas - Titular Externo (PPGE/UFPE)** Dando início aos trabalhos o **Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque**, explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida passou à palavra ao autor da Dissertação, para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua argüição, seguindo-se a defesa do candidato. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em secreto deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornar o **Prof. Dr. Paulo Henrique**, presidente da mesa e orientador do candidato solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão **aprovando a Dissertação por unanimidade**. E, nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada por mim, secretário do Programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pelo candidato. Recife, 29 de abril de 2009.

  
\_\_\_\_\_  
Vinicius Douglas da Silva Nascimento (Secretário)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alexandre Simão de Freitas

  
\_\_\_\_\_  
Osvaldo Freire Joaquim Varela

*À “Nitxa de Lola”, com quem partilho a vida e a existência, por todo o amor e apóio;  
Ao meu herdeiro, Tamir Moab, pelo novo sentido que conferiu a minha existência;  
Ao Meu Pai, Manuel Varela (in memoriam);  
À minha mãe e irmãos, pelas dádivas e contradádivas;  
Às pessoas entrevistadas, em retribuição.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente queria agradecer a Deus cujo desígnio foi a condição primeira para que esse trabalho se tornasse possível; como dizia Fernando Pessoa, “Deus quer, o homem sonha e a obra nasce”.

Queria, também, registrar meus agradecimentos às diversas pessoas e instituições sem o apoio das quais a realização desse trabalho não se concretizaria:

Ao CNPQ, através do Programa de Estudante Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG), pela bolsa de estudo para a realização do mestrado no Brasil.

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS), pelo acolhimento.

Ao meu orientador, professor Paulo Henrique Martins, pela orientação, pela interlocução, pelas suas intervenções cuidadosas e oportunas, pelo material fornecido.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS), por tudo o que me ensinaram. Agradecimentos, em especial, aos professores: Aécio Matos; Breno Fontes; Eliane da Fonte; Eliane Veras; Heraldo Souto maior; Maria Eduarda da M. Rocha; Silke Weber; e, Remo Mutzemberg.

Ao Comitê de Coordenação de Combate ao SIDA (CCS-SIDA), através da Dra. Celina Ferreira, pelo material fornecido.

Ao Ministério da Saúde de Cabo Verde, na pessoa da Dra. Jacqueline Pereira, diretora geral da saúde, pela atenção dispensada e pela apreciação favorável do projeto.

Ao Dr. António Moreira, diretor do PLS, pela atenção, pelo apoio e pelo material disponibilizado.

Ao delegado de saúde da Praia, Dr. José da Rosa, pela recepção calorosa na instituição/espço de pesquisa.

À equipe médica da delegacia de saúde da Praia pelo apoio fornecido através

da disponibilização de informações e no encaminhamento dos pacientes para as entrevistas; Agradecimentos em especial à Dra. Elsa Almeida, ao Dr. Didier e à Dra. Maria da Luz.

À assistente social da delegacia de saúde da Praia, Tereza Mascarenhas, pela valiosa colaboração, sobretudo na intermediação no contato com as pessoas portadoras que foram entrevistadas.

Às associações “RENASCER” e “ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA DE SEROPOSITIVOS DE SANTIAGO”

Às pessoas vivendo com HIV/AIDS que participaram como entrevistado pela valiosa ajuda que me prestaram com os seus depoimentos. A elas dedico este trabalho, em retribuição.

À dona “Lola” pela acolhida calorosa, durante o período que fiquei em Cabo Verde para a coleta de dados, e por ter cuidado bem, na minha ausência, de minha esposa e do meu herdeiro.

À turma de mestrado pelo acolhimento, pelos momentos de convivência e aprendizagem.

À comunidade de estudantes africanos em Recife que se constitui como um espaço fecundo e propício à circulação de dons e contra-dons, sem os quais minha estadia em Recife teria sido muito mais difícil e enfadonha. Olhando para essa comunidade eu compreendi melhor a descoberta maussiana. Agradecimentos em especial a: Anderson Santos; Carlos Jorge Fontainhas Mendes; Euclides Cabral de Pina; Helder Fonseca; Lucy Mejias Ribeiro; Nelson Fernandes.

## RESUMO

Este trabalho analisa o papel das redes sociais na organização da solidariedade em relação às pessoas soropositivas e com AIDS. O objetivo central desse estudo consistiu em analisar os padrões de laços que unem as pessoas que vivem com o HIV e/ou AIDS e mostrar as implicações de suas redes de relações sociais significativas, ativadas no enfrentamento do HIV/AIDS, na estruturação de ações coletivas e organizadas, como respostas à epidemia da AIDS, e no surgimento de identidades coletivas, elemento fundamental para a articulação dos portadores nas esferas públicas de sociabilidade. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de caráter qualitativo, realizada com doze sujeitos, homens e mulheres, adultos, que são assistidos na delegacia de saúde da Praia, em Cabo Verde, arquipélago localizado no oceano atlântico a 450 km da costa ocidental do continente africano. O estudo mostrou que não obstante em Cabo Verde existam experiências de organização em rede, tanto a nível das organizações da sociedade civil, quanto a nível da cooperação internacional, que moldam e condicionam a forma através da qual a sociedade cabo-verdiana tem respondido à epidemia do HIV/AIDS, a organização das pessoas portadoras do HIV/AIDS em rede constitui umas das fraquezas das respostas não governamentais e comunitárias à AIDS, em Cabo Verde. A reconstituição das redes egocentradas dos sujeitos entrevistados evidencia estruturas de redes com baixo potencial de organização e estruturação de ações coletivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV/AIDS, redes sociais e solidariedade.

## ABSTRACT

The present work analyses the role of social networks in the establishment of solidarity actions towards people affected by HIV and AIDS. The main purpose of this study consists in analyzing the standard links between people living with HIV and/or AIDS and demonstrate the implication of their significant social relation networks activated in the control of HIV/AIDS, in the design of organized and collective actions, as response to AIDS epidemics and the emergence of collective identity, fundamental factor for the insertion of affected people into convivial public spheres. This is an explorative and descriptive research, with a qualitative character, carried out with 12 patients, men and women, adults, who were under treatment in the *delegacia de saúde*, a station of health in Praia, Cape Verde, an Island situated in the Atlantic Ocean at 450 Km from the occidental African coast. The results showed that although Cape Verde possesses experiences in network organizations at the level of the civil society as well as the international cooperation that shape and influence the way the Capverdian society have responded to HIV/AIDS epidemics, organizing people affected by HIV/AIDS into network consists one of the weaknesses of the community and non governmental actions towards AIDS in Cape Verde. The reconstitution of egocentric networks of patients interviewed demonstrates the low organization and structuring potentials of collective actions in existing networks.

**KEY-WORDS:** HIV/AIDS, social networks, solidarity.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AIDS/SIDA** – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**ARV** – Anti-Retrovirais (é a denominação genérica para os medicamentos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV, que é um retrovírus)

**CCS-SIDA** – Comitê de Coordenação de Combate à SIDA

**CCCD** – Comitê de Coordenação de Combate à Droga

**CNPQ** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**CPLP** – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

**DSP** – Delegacia de Saúde da Praia

**GAAS** – Grupo de Ação Anti-SIDA

**HIV-1** – Vírus de Imunodeficiência Humana tipo 1

**HIV-2** – Vírus de Imunodeficiência Humana tipo 2

**IDSR** – Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONG** – Organização Não-Governamental

**OSC** – Organização da Sociedade Civil

**PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

**PECS/CPLP** – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP

**PEN** – Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA

**PIB** – Produto Interno Bruto

**PMT** – Plano a Meio Termo

**PLS** – Programa de Luta contra a Sida e DST

**PNS** – Política Nacional de Saúde

**PVVIH/AIDS** - Pessoas vivendo com Vírus de Imunodeficiência Humana e/ou AIDS

**PVHIV/AIDS** - Pessoas vivendo com Vírus de Imunodeficiência Humana e/ou AIDS

**RSSN** – Região Sanitária Santiago Norte

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SVE** – Serviço de Vigilância Epidemiológica

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UNAIDS/ONUSIDA** – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Infecção VIH em Cabo Verde: Incidência e Prevalência por ano, 1987-2006.....	32
Tabela 2	Resultado Sífilis e HIV: Total de grávidas examinadas nos Postos Sentinela, ano 2006.....	34
Tabela 3	Evolução do tratamento com ARV em Cabo Verde, ano 2004-2007.....	35
Tabela 4	Caracterização das redes sociais dos entrevistados de acordo com o tamanho e a densidade.....	93
Tabela 5	Características das redes sociais dos entrevistados de acordo com a localização geográfica.....	97
Tabela 6	Classificação dos membros das redes sociais dos entrevistados de acordo com os setores de Sluzki (círculos de sociabilidade).....	99
Tabela 7	Caracterização dos membros da rede que são portadores do HIV/AIDS.....	103
Tabela 8	Caracterização dos membros da rede que conhecem o status sorológico do entrevistado.....	104

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados.....	129
----------	--	-----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1. A AIDS EM CABO VERDE</b> .....	23
1.1. Cabo Verde: breve caracterização.....	23
1.2. Políticas de Saúde e Epidemias em Cabo Verde.....	26
1.3. Epidemiologia do HIV/AIDS.....	31
1.3.1. Situação Epidemiológica das IST e do HIV/AIDS em Cabo Verde.....	31
1.3.2. Epidemiologia do HIV/AIDS no Continente Africano.....	35
1.3.3. A epidemia do HIV/AIDS no âmbito da CPLP.....	38
1.4. Resposta à Epidemia do HIV/AIDS em Cabo Verde.....	41
1.4.1. A Resposta do Setor Público.....	41
1.4.2. A Resposta do Setor Não-Governamental.....	43
1.4.3. O Papel da Cooperação e da Solidariedade Internacional.....	50
<b>2. REDES SOCIAIS, DÁDIVA E SOLIDARIEDADE</b> .....	52
2.1. Redes Sociais.....	53
2.1.1. Contextualização.....	53
2.1.2. Algumas Definições de Redes Sociais e de Termos Relativos às Redes.....	56
2.1.3. Rede Social: uma nova teoria? O Alcance do Conceito de Rede na Teoria Sociológica.....	60
2.1.4. Redes e Capital Social.....	63

2.1.5. Redes Sociais, Ação Pública Local e Saúde.....	66
2.1.6. Redes e Representações Sociais.....	69
2.2. Dádiva.....	73
2.2.1. Contextualização.....	73
2.2.2. Dom, Estigma e Exclusão Social.....	77
2.3. Solidariedade.....	82
<b>3. REDES SOCIAIS DE PORTADORES DE HIV E/OU AIDS:</b>	
<b>ESTUDO E INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....</b>	<b>86</b>
3.1. Sujeito e Método.....	87
3.2. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	92
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>128</b>

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa propõe-se a estudar as redes sociais das pessoas soropositivas e com AIDS que recebem tratamento e/ou atendimento psicossocial na Delegacia de Saúde da Praia, em Cabo Verde.

O primeiro caso de HIV/AIDS em Cabo Verde foi identificado em 1986 e o país organizou-se, rapidamente, para combater à epidemia. Após a identificação do primeiro caso, o Ministério da Saúde nomeou um Grupo de Ação Anti-Sida (GAAS), que foi pioneiro nas atividades de sensibilização e informação da população e dos profissionais da saúde e, já em 1988, foi criado o Programa Nacional de Luta contra a Sida (PLS).

Na maior parte dos países onde a epidemia do HIV/AIDS se instalou, ela provocou importantes reações por parte das organizações da sociedade civil e uma grande mobilização entre as pessoas mais afetadas. Em Cabo Verde, diferentemente da experiência de países como o Brasil, os Estados Unidos e outros países da África e da Europa onde as primeiras iniciativas ao HIV/AIDS partiram de grupos organizados da sociedade civil, o setor público (Institutos Públicos, Ministérios, Câmaras Municipais, etc.) precedeu o setor associativo na resposta ao HIV/AIDS, tanto nas atividades de prevenção como nas de assistência e cuidados aos doentes. Se, como observa Altman (1995), na maioria dos países onde surgiram "organizações contra a AIDS"<sup>1</sup>, as organizações já existentes – principalmente as de base gay, mas também outras – desempenharam um papel fundamental, esse não foi o caso de Cabo Verde, considerando que a transição democrática que abriu possibilidades para uma

---

<sup>1</sup>Utilizamos a expressão no mesmo sentido que ALTMAN (1995), para designar as Organizações de Base Comunitária (OBC) e Organizações de Serviço contra a AIDS (OSA)

participação mais efetiva da sociedade civil só ocorreu em 1991. Desde então, várias organizações da sociedade civil vêm desempenhando atividades em HIV/AIDS, mas só na última década que Cabo Verde diversifica as fontes de financiamento para as atividades de HIV/AIDS, conseguindo crédito de instituições financeiras internacionais (como o banco mundial), que se observa também a proliferação e a participação mais efetiva das organizações da sociedade civil (OSC) nas atividades de HIV/AIDS. São instituições/organizações, no entanto, que não têm uma agenda específica para o HIV/AIDS.

A primeira tentativa de formação de uma associação de apoio aos portadores foi em 2005; presidida por um soropositivo, sem experiência política e administrativa, e enfrentando vários problemas do ponto de vista organizacional e limitações do ponto de vista da capacidade institucional, funcionou praticamente sem associados e veio a desmantelar-se pouco tempo depois. Em 2007 surgem duas associações de pessoas soropositivas e com AIDS: a associação RENASCER, sediada na cidade da Praia, e a associação ESPERANÇA dos soropositivos de Santiago, sediada no interior da Ilha de Santiago. Embora a segunda seja fundada e presidida por uma pessoa que se assume publicamente como soropositiva, as duas associações contam ainda com poucos membros soropositivos associados, desempenhando predominantemente atividades de tipo assistencial.

O envolvimento, portanto, das pessoas vivendo com o HIV/AIDS (PVHIV/AIDS) é ainda bastante tímido. Uma das observações do Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida (PEN) 2006-2010 e que é identificado como um dos pontos fracos do programa é a "fraca implicação das PVHIV/AIDS na resposta nacional ao HIV, sobretudo na luta contra a discriminação e a estigmatização".

Por outro lado, existe certo consenso no discurso de representantes de ONGs e

de instituições públicas que trabalham com as pessoas afetadas pela epidemia, dos profissionais de saúde e dos soropositivos que assumem publicamente seu *status* sorológico – embora em Cabo Verde até o momento apenas três portadores revelaram publicamente sua condição – de que a discriminação e o preconceito em relação ao portador são um fato social inegável, em Cabo Verde, que alguns portadores têm passado por experiências de discriminação e, enfim, que a sociedade cabo-verdiana atribui à pessoa com HIV e/ou AIDS uma dimensão identitária, carregada de estigma – soropositivo, ou como designamos no nosso português, seropositivo (SER-POSITIVO) – que não é a dimensão que eles reivindicam, pelo menos nas consultas.

Se dentro do sistema teórico de Honneth (2003), o estigma e a discriminação podem ser tomados como experiências morais de desrespeito e, portanto, de recusa de reconhecimento, e se essas experiências constituem um impulso motivacional para a organização de resistência e para a luta por reconhecimento, como explicar que, e apesar de mais de duas décadas de luta contra a AIDS em Cabo Verde, as respostas organizacionais das PVHIV/AIDS à epidemia não se efetivaram nas esferas públicas de sociabilidade? Esta foi a inquietação que motivou o desenvolvimento deste trabalho. Ciente das limitações do esquema teórico de Honneth para explicar como se estruturam as ações coletivas a partir das experiências morais de desrespeito<sup>2</sup>, procuramos identificar os fatores que favorecem a organização coletiva e potenciam a efetividade de estruturação de ações coletivas na estrutura de redes em que se inserem as pessoas portadoras do HIV/AIDS. Derivamos de nossa inquietação inicial, o seguinte problema de pesquisa: Como se produzem, se estruturam e se articulam as solidariedades entre as pessoas vivendo com o HIV e/ou AIDS?

---

<sup>2</sup> Honneth introduz a variável psíquica – os sentimentos afetivos – para explicar como os sujeitos tomam consciência de sua situação social e passam à ação ativa, mas não fica muito claro como se estruturam as ações coletivas a partir das experiências de denegação de reconhecimento.

Entendemos que as respostas das PVHIV/AIDS à epidemia podem ser explicadas, ainda que parcialmente, a partir de uma compreensão das estruturas de relações em que esses atores sociais se inserem. Para Fontes (2004a:65), "haveria uma relação bastante forte entre os padrões de redes sociais existentes e as chances de a comunidade instituir associações voluntárias exitosas". Entretanto, a nossa preocupação central não é com a associação em si, nem com a trajetória do movimento social da AIDS em Cabo Verde. Nossa ênfase será nos padrões de relacionamentos que as pessoas soropositivas e/ou com AIDS mantêm, nos vários círculos de sociabilidade em que se inserem, a partir de suas trajetórias de sociabilidade. Considerando, como assinala Moreira (2006), "que é da informalidade dos vínculos sociais, das relações interpessoais, de amizade ou de familiaridade, que se organiza inicialmente a tessitura interna e externa da associação", acreditamos que a reconstituição das redes de relacionamentos sociais significativos mantidos no enfrentamento da doença pode nos dar a chave para decifrar o nosso problema de estudo.

Nosso estudo teve, em perspectiva, o seguinte objetivo: analisar os padrões de laços que unem as PVHIV/AIDS e mostrar que implicações têm as estruturas de redes de solidariedade na mobilização e organização de respostas coletivas à epidemia pelas pessoas portadoras; ou seja, pretendemos conhecer o desenho das redes sociais das PVHIV/AIDS e averiguar se essas redes se estruturam em padrões de sociabilidade que favorecem a estruturação de ações coletiva e a construção de espaços públicos primários. Para tanto, procuramos reconstituir as redes sociais dos portadores do HIV e/ou AIDS que fazem tratamento ou recebem atendimento psicossocial na Delegacia de Saúde da Praia (DSP), a partir da análise de um material empírico de doze entrevistas, semi-estruturadas, gravadas e posteriormente transcritas.

Considerando que se trata de uma pesquisa de orientação metodológica

exploratória qualitativa, com análise descritiva dos resultados, não temos, propriamente, uma hipótese a orientar a pesquisa, mas um conjunto de pressupostos: acreditamos, primeiramente, que o enfrentamento do HIV/AIDS é uma tarefa solidária e não solitária; há uma tendência nos estudos clínicos e psicológicos sobre as reações ao diagnóstico do HIV/AIDS de colocar a ênfase nos fatores de natureza idiossincrática, como o nível de saúde mental, fatores de personalidade, etc., negligenciando-se os aspectos do meio social imediato que moldam essas respostas. Defendemos, nesse trabalho, que as reações ao diagnóstico e o enfrentamento da AIDS dependem não unicamente desses fatores, nem de noções sociológicas gerais e abstratas, como nível socioeconômico, educacional, etc., mas também, e sobretudo, do desenho das redes sociais significativas da pessoa infectada. Em situações de doença e crise, os indivíduos apelam para suas redes de solidariedade para fazer face à nova situação. As redes de pertencimento e relacionamento funcionam, nesses momentos conturbados, como âncoras para os indivíduos.

Pensamos, também, que a solidariedade constitui o fundamento mais direto para a luta por reconhecimento e não as experiências morais de desrespeito, como pensa Honneth<sup>3</sup> (2003). Ou seja, enquanto Honneth coloca as experiências morais de desrespeito, que correspondem à negação dos três modelos de reconhecimento de Hegel (o Amor, o Direito e a Solidariedade) como o principal fundamento moral e a base motivacional para a luta por reconhecimento, nossa posição neste trabalho é que

---

<sup>3</sup> Honneth usa o termo solidariedade no sentido de relações sociais baseadas na estima mútua. Estas relações são simétricas no sentido de que “cada sujeito possui a chance de experimentar-se e vivenciar-se como valoroso para a sociedade por meio de seus atributos, resultados e capacidades individuais” (WESTPHAL, 2008). Portanto, parece que no sistema teórico de Honneth não é a solidariedade em si mesma que fornece a base motivacional para a luta por reconhecimento, mas as reações emocionais causadas pela ofensa que constitui a negação da solidariedade enquanto modelo de reconhecimento. A solidariedade seria um fim em si mesmo e não a causa impulsionadora da luta por reconhecimento. Nós usamos o termo solidariedade, neste trabalho, num sentido mais amplo que o empregue por Honneth: tanto no sentido filantrópico (relações sociais dissimétricas), como o sentido de relações sociais igualitárias (vínculo social emocrático).

as referências positivadas de solidariedade, e não apenas sua face negativa que no esquema teórico de Honneth corresponderia à degradação, constituem também um impulso para a luta por reconhecimento e a organização de resistências. É nas trocas de dádivas e no inter-reconhecimento conquistado entre iguais, que os indivíduos têm *awareness* sobre a situação de injustiça com que se deparam e estendem a luta pela conquista do reconhecimento para um horizonte que extrapola esse círculo mais imediato.

A importância deste trabalho justifica-se, pelo lado teórico, pela escassez de trabalhos acadêmicos sobre a AIDS, em Cabo Verde. O levantamento bibliográfico evidenciou que existem poucos estudos sobre o tema e nenhum deles produzidos no âmbito da sociologia das redes. A AIDS, em Cabo Verde, ainda é fortemente conceituada de acordo com o modelo biomédico e a maioria dos estudos são de natureza epidemiológica. No entanto, vários estudos de natureza socio-comportamental estão sendo implementados. Em 2004, o governo de Cabo Verde, através do Comitê de Coordenação de Combate à SIDA (CCS - SIDA), realizou um estudo sobre AIDS e imigração, cujo objetivo foi analisar o comportamento da população cabo-verdiana imigrada em Portugal em relação à prevenção contra o VIH/SIDA. O estudo faz parte de uma proposta política muito mais ampla e abrangente, a de uma necessidade de intervenção do governo de Cabo Verde com relação a fatores responsáveis pelo enfraquecimento social, psicológico e econômico das comunidades cabo-verdianas na diáspora. Entre as principais conclusões do estudo, ficou patente que existe uma discrepância entre o conhecimento que os jovens da comunidade em referência possuem sobre o HIV/AIDS e as práticas de prevenção, devido a não adoção de cuidados adequados. O estudo evidenciou, ainda, que o sistema de proteção simbólica está muito mais associado à familiaridade e confiança no parceiro, dependendo em

grande medida da pertença a comunidade imigrante. A imigração torna-se, assim, um elemento importante na “familiaridade” e “confiança” atribuídas à pessoa, favorecendo e estimulando o estabelecimento de atitudes de não proteção nas relações mais íntimas (Évora, 2004).

O tema da migração tem uma importância peculiar para o nosso estudo, considerando que exerce influência nas configurações das redes sociais. Por outro lado, ela tem sido apontada, tanto na componente inter-ilhas como na componente internacional, como um fator de vulnerabilidade e de risco face ao HIV/AIDS. É, de acordo com Évora (Idem), uma importante variável, a ser considerada quando se propõe a rastrear os percursos mais sensíveis para a transmissão do HIV/AIDS, tomando o arquipélago de Cabo Verde como referência. A cultura migratória em Cabo Verde é antiga, representando um processo inerente à própria formação da sociedade cabo-verdiana. Os dados disponíveis em Cabo Verde apontam que os cabo-verdianos na diáspora superam em número os residentes no país. O censo de 2000 estimou que existe em Cabo Verde cerca de 10 mil cidadãos estrangeiros, sendo quase a metade também com a nacionalidade cabo-verdiana (dupla nacionalidade).

Outro estudo sócio-comportamental de notável importância, implementado em Cabo Verde, foi realizado pela Comissão de Coordenação do Combate à Droga (CCCD), em parceria com o CCS-SIDA, em 2006. Trata-se de um estudo qualitativo e de estimativa com duas populações em risco para o HIV/AIDS, os usuários de drogas injetáveis (UDI) e os profissionais do sexo, com o objetivo de compreender os processos e contextos sócio-culturais relevantes para a transmissão do HIV no seio desses dois grupos, visando ao desenvolvimento de respostas que atinjam e impulsionem os dois grupos alvo para iniciativas de prevenção, cuidados e apoio em Cabo Verde.

Não conseguimos, entretanto, localizar nenhum estudo sobre as respostas organizacionais das pessoas com HIV e/ou AIDS à epidemia. Pretendemos com este trabalho, contribuir para avançar o debate teórico sobre a capacidade de agência das PVHIV/AIDS, entendida aqui como capacidade de organização, mobilização e articulação. Do ponto de vista prático, esperamos que a partir de uma cartografia das redes sociais das pessoas soropositivas e com AIDS e do conhecimento dos fatores que interatuam na produção de solidariedades será possível montar estratégias políticas e institucionais para reforçar essas solidariedades e multiplicar os vínculos das pessoas portadoras do HIV/AIDS (como por exemplo, a partir da criação de uma rede de ONGs e instituições que articulem os serviços de saúde e apoio ao portador).

Quanto à organização dos capítulos, o nosso estudo se encontra estruturado em três partes: no primeiro, caracterizamos e analisamos a situação do HIV/AIDS em Cabo Verde, a partir de uma vertente comparativa, no quadro da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e do continente africano; traçamos um painel das respostas à AIDS em Cabo Verde, destacando o papel das políticas públicas, das organizações da sociedade civil e da cooperação e solidariedade internacional. No segundo capítulo, discutimos as categorias teóricas centrais desse estudo (redes sociais, dádiva e solidariedade), mostrando como os três temas se interpenetram e contextualizando o debate atual sobre o assunto. O terceiro define os procedimentos metodológicos da pesquisa e analisa o material empírico recolhido das entrevistas.

# **I CAPÍTULO**

## **A AIDS EM CABO VERDE**

Este capítulo tem como escopo fazer o retrato da AIDS, em Cabo Verde. Embora a epidemia da AIDS tenha um carácter transnacional, Herbert Daniel (citado em Galvão, 2000) já nos advertia, na década de 80, que “cada cultura constrói a sua AIDS própria e específica, bem como a resposta a ela”. É neste sentido que procuramos neste capítulo apreender e contextualizar as formas como a sociedade cabo-verdiana tem reagido à AIDS. Analisamos tais respostas a partir de três vertentes: o setor governamental, o setor não-governamental e destacamos, também, o papel da cooperação e da solidariedade internacional.

Analizamos, também, a situação epidemiológica do HIV/AIDS em Cabo Verde, a partir de uma vertente comparativa, considerando o continente africano e a CPLP.

### **1.1. Cabo Verde: breve caracterização**

Cabo Verde é um arquipélago formado por 10 ilhas e oito ilhéus, localizado no oceano atlântico a 450 km da costa ocidental do continente africano, perto do Senegal. Tem uma superfície terrestre de 4033km<sup>2</sup> e uma população residente estimada em 500 mil habitantes. A densidade populacional é de 125 habitantes/km<sup>2</sup>. Geograficamente, o arquipélago divide-se em dois grupos, de acordo com os ventos dominantes: o Barlavento (ilhas-ao-vento), ao norte, abrange as ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista; o Sotavento (ilhas-sob-o-vento), ao sul, é

formado pelas ilhas de Maio, Santiago, Fogo e Brava (Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA - PEN, 2006-2010)<sup>4</sup>. A maioria da população do país vive nas ilhas de Sotavento (66%), sendo a ilha de Santiago a maior em termos de concentração demográfica, com mais de metade da população do país, e a maior em extensão territorial, representando 24,5% do território nacional. A capital, Cidade da Praia, fica na ilha de Santiago e contém 25% da população do país (e cerca de metade da população de Santiago). O país tornou-se independente em 1975.

A população de Cabo Verde é majoritariamente jovem, 62% da população tem menos de 25 anos e 10% tem acima de 60 anos. A taxa anual de crescimento demográfico é de 2,13% (em 2005)<sup>5</sup> e a da mortalidade geral é de 5,1 mortes/1000 em 2005. A população feminina constitui a maioria (51,5%). Mais de metade (53%) da população reside no meio urbano, o tamanho médio dos agregados familiares é de 4,9 pessoas sendo 53% dos agregados familiares dirigidos por mulheres (PEN, 2006-2010). A expectativa de vida ao nascer passou de 56,3 anos em 1970 para 72 anos em 2005 (66,5 anos para os homens e 74,9 anos para as mulheres).

De acordo com o segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II), de 2005, o nível sintético de fecundidade é de 2,9, ou seja, cada mulher tem em média 2,9 filhos, o que significa uma queda significativa quando comparado com o nível sintético de fecundidade nos finais da década de 1970 e 1990, 7,1 e 4 filhos, respectivamente.

A educação em Cabo Verde tem feito avanços importantes, tendo atingido em 2004 uma taxa de escolarização básica de 95%, secundária de 55% e uma taxa de analfabetismo inferior a 10%.

---

<sup>4</sup>Documento estratégico que orienta e coordena o esforço nacional de luta contra o HIV/AIDS em Cabo Verde

<sup>5</sup> Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de Cabo Verde.

A economia cabo-verdiana é essencialmente uma economia terciária, o sector de serviços e comércio representou, em 2005, 70,2% da composição do PIB. O sector industrial é pouco desenvolvido e está concentrado, com mais de 90% das unidades industriais, em apenas dois pólos, Praia e São Vicente (Tavares, 2007). O PIB por habitante, em 2004, foi calculado em 1.981,5 US\$. A dívida externa do país em 2001 era de 331 milhões de dólares, uma das mais baixas da África subsaariana. Como consequência da boa prestação do país em termos de crescimento económico e de desenvolvimento humano<sup>6</sup>, as Nações Unidas aprovaram em 2005 uma resolução que visa a graduação do país à categoria dos países de desenvolvimento médio, a partir de 2008 (PEN, 2002-2006). No entanto, apesar dos avanços e progressos alcançados, o país continua sendo vulnerável: a taxa de desemprego ainda é relativamente alta (em torno de 18 %), uma camada significativa da população é pobre (36% em 2002) e não tem acesso a água e saneamento<sup>7</sup>, os solos cultiváveis representam apenas 10% da superfície e a escassez de água e de chuva restringem a produção agrícola local que não consegue cobrir mais de 20 % das necessidades alimentares da população.

Cabo Verde é um país com uma forte cultura migratória. Estimativas da OMS (2007) apontam que existem cerca 518.180 cabo-verdianos e descendentes de emigrantes cabo-verdianos na diáspora, um número que supera ligeiramente à população residente nas ilhas de Cabo Verde. As remessas dos emigrantes representam entre 20 a 25% do PIB<sup>8</sup>.

Cabo Verde não possui etnias. As principais línguas de comunicação são o

---

<sup>6</sup>Em 2003 Cabo Verde ocupava a 105ª posição de entre 177 países, em termos de Desenvolvimento Humano.

<sup>7</sup>Dados do recenseamento geral de 2000, do Instituto Nacional de Estatísticas, apontam que apenas 25% dos agregados familiares tem água encanada, 45% é servido através de chafarizes e os restantes 30% utilizam fontes de água não seguras. Quanto ao saneamento básico, os mesmos dados apontam que apenas 40% dos agregados familiares tem casas de banho, retrete ou latrina.

<sup>8</sup>Dados de 2006, Banco de Cabo Verde.

português (língua oficial) e o cabo-verdiano, e o cristianismo (catolicismo) é a religião dominante.

## **1.2. Políticas de Saúde e Epidemias em Cabo Verde**

A política de saúde em Cabo Verde assume como valores e princípios fundamentais, e salvaguardados na Lei de Bases da Saúde, a universalidade da cobertura em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde, a equidade na prestação dos cuidados de saúde e no acesso aos serviços, a integralidade na prestação, a ética baseada no respeito da dignidade humana e a solidariedade de todos os cabo-verdianos para garantir o direito, o acesso e o financiamento do sistema de saúde.

Cabo Verde, nas três décadas que se seguiram à sua independência, e não obstante as limitações de várias ordens que o país enfrenta em termos geográficos, de recursos naturais e financeiros, conheceu ganhos significativos no domínio sanitário, de modo que está entre os países com melhores indicadores de estado de saúde da população, na sub-região da África Ocidental. O aumento da expectativa de vida ao nascer de 56,3 anos, em 1970, para 72 anos, em 2005, testemunha essa melhoria no estado de saúde da população<sup>9</sup>.

As taxas de mortalidade vêm decaindo gradativamente: a mortalidade geral que em 1995 foi de 9,1 por mil situou-se, em 2005, em 5,1 por mil<sup>10</sup>; a mortalidade infantil foi de 21,1 por mil nados vivos em 2004; em menores de cinco anos foi de 25,2 por mil, no mesmo período; e, a mortalidade perinatal foi de 28 por mil nascimentos. A

---

<sup>9</sup>Isto, se considerarmos que a expectativa de vida ao nascer é um indicador do estado de saúde da população.

<sup>10</sup>A mortalidade na faixa etária “65 anos e mais” representou 51% do total de óbitos registrados em 2005 (Relatório Estatístico, 2005. citado em Valdez, 2007)

mortalidade materna foi de 36,9 por cem mil nascidos vivos em 2004 e 14,5 por cem mil em 2005.

A incidência da tuberculose, embora ainda com taxas relativamente altas, à volta de 60 por cem mil, tem-se mantido estacionária nos últimos 10 anos. A mortalidade por tuberculose, no mesmo período, apresenta uma declinação. A situação atual da lepra, cuja prevalência no passado era relativamente alta, é considerada em fase de eliminação.

O paludismo é de baixa endemicidade e a transmissão autóctone mantém-se circunscrita à ilha de Santiago. As taxas de incidência variam entre 0,1% em 1997 e 0,14% em 2005 (Política Nacional de Saúde – PNS, 2006).

Nenhum caso de febre-amarela foi registrado no país, desde a independência. A última epidemia de cólera foi registrada em 1995, com cerca de 12.955 casos.

As infecções respiratórias agudas e doenças diarréicas apresentam taxas elevadas. Em 2006, foram notificados 13.364 casos de doenças diarréicas em menores de cinco anos. Estudos realizados em 1996, referentes às carências em micronutrientes em menores de cinco anos, revelaram uma prevalência da anemia ferripriva em 70% e uma hipovitaminose A em 2 %, o que torna a situação alimentar e nutricional das crianças uma preocupação para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A infecção pelo HIV/AIDS tem sido considerada *uma epidemia generalizada de fraca prevalência*. Constitui, todavia, uma preocupação para o SNS dado ao elevado potencial epidêmico da AIDS no país.

Paralelamente aos ganhos em matéria de saúde da população, doenças não transmissíveis vêm registrando um aumento significativo e demonstram ter superado as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o SNS. Estas doenças representam um peso financeiro para o SNS que está a atingir os limites da

sua sustentabilidade financeira. Por outro lado, o SNS apresenta algumas fraquezas no que concerne ao seu desempenho: a cobertura da rede de estruturas de saúde é de 1 estrutura por 9.000 hab<sup>11</sup>, mas cerca de 25% da população do país não é servida por uma rede adequada de centros de saúde de atenção primária, o que leva a uma procura desses cuidados nos serviços de alta complexidade, os hospitais centrais, provocando, conseqüentemente a sua saturação<sup>12</sup>. O SNS depara-se também com alguns problemas no quadro dos recursos humanos: a insuficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e a pouca motivação entre alguns profissionais de saúde com reflexo na qualidade da prestação de serviços de saúde à população; camadas importantes da população enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde e a maioria dos que têm acesso está insatisfeita com as condições de atendimento. Apesar de se registrar um crescimento e uma diversificação do efetivo de profissionais de saúde<sup>13</sup>, é ainda insuficiente para atender as demandas do setor; há uma carência de profissionais especializados em diversos domínios.

Nesse âmbito, em 2006 foi adotada e implementada uma nova Política Nacional de Saúde (PNS) que tem como foco principal a reforma do SNS e cujos pilares basilares são uma nova estratégia de organização e gestão dos serviços, uma nova estratégia de recursos humanos, de oferta de cuidados e de financiamento. A nova PNS fixa a descentralização e a hierarquização da rede de serviços de saúde como um dos valores fundamentais que deverão orientar a organização do SNS que passa a estruturar-se a partir de diferentes níveis de intervenção da política e dos programas de saúde: o nível central, o nível regional e o nível municipal. Em cada um

---

<sup>11</sup>PNS, 2006. Citado por Valdez, 2007.

<sup>12</sup>Cerca de 60% a 70% dos casos atendidos nos hospitais centrais são condições passíveis de atendimento e resolução no nível das unidades de Atenção Primária à Saúde (Valdez, 2007)

<sup>13</sup>O rácio médico/habitante foi de 1/1.145 em 2005.

desses níveis observam-se duas linhas de intervenção: uma de gestão e outra de prestação de cuidados de saúde.

O nível central é representado pelo Ministério da Saúde e compreende os seus órgãos de direção e de consulta<sup>14</sup> e os órgãos sob sua tutela, como os hospitais centrais, as escolas de enfermagem, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Do ponto de vista da gestão é o nível superior, de abrangência nacional, responsável pela definição e condução da política geral e setorial de saúde, pela formulação e implementação de modelos assistenciais, pela cooperação técnica, etc. Do ponto de vista da prestação de cuidados, integra o nível mais diferenciado do país: dispõe dos hospitais mais diferenciados, designados Hospitais Centrais para atendimento de casos de alta complexidade<sup>15</sup>.

O nível regional ou supra municipal resulta da integração de estruturas sanitárias de municípios próximos e afins, localizados numa ilha e de acesso facilitado quanto ao fluxo de usuários e está vocacionado para a oferta de cuidados hospitalares secundários de qualidade (PNS, 2006). Em 2003 o governo de Cabo Verde tomou a iniciativa de criar a primeira Região Sanitária do país, a Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN)<sup>16</sup>, que integra quatro municípios da região norte da Ilha de Santiago e cobre 20% da população do país. A Região Sanitária constitui um *locus* privilegiado para desenvolver a integração de ações de saúde e o princípio da descentralização do processo de produção de serviços (PNS, 2006). Do ponto de vista da prestação de

---

<sup>14</sup>Os órgãos de direção e consulta assistem o Ministro na formulação da política de saúde, no exercício de sua função de normalização, regulação e supervisão. O Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Medicamentos são os órgãos consultivos. Os órgãos de direção são: a Direção Geral das Farmácias, a Direção Geral da Saúde, Direção de Administração e Recursos Humanos, o Gabinete de Estudos e Planeamento, etc.

<sup>15</sup>O nível central garante, através de evacuações sanitárias, o atendimento de casos de alta complexidade que ultrapassam a capacidade de resposta instalada no país, no Sistema de Saúde de Portugal.

<sup>16</sup>Essa Região Sanitária é um projecto-piloto que poderá vir a servir de modelo para as outras regiões do país. A criação da RSSN teve como sustentação a Carta Sanitária de Cabo Verde, elaborada em 1988 e que prevê a constituição de regiões sanitárias em municípios que atendam alguns requisitos: critérios demográficos, técnicos, geográficos e político-administrativos.

cuidados destacam-se, nesse nível, os Hospitais Regionais que são Centros de Saúde com maior complexidade.

O nível municipal é a porta de entrada do SNS. A organização e gestão do SNS, nesse nível, é feita através das Delegacias de Saúde, cuja circunscrição coincide com as regiões político-administrativas do país (Conselhos ou Municípios). Do ponto de vista da prestação de cuidados, é nesse nível que se encontra a estrutura de referência do sistema de serviços de saúde, o Centro de Saúde<sup>17</sup>, organizada para garantir a prestação de cuidados de atenção primária. Além do Centro de Saúde, a Delegacia de Saúde administra dois tipos de infra-estrutura sanitária: a Unidade Sanitária de Base, estabelecimento de saúde de nível básico, sob a responsabilidade de um agente sanitário; Posto Sanitário, estabelecimento de saúde de atenção primária, sob a responsabilidade de um enfermeiro e onde se desenvolvem atividades de prevenção, promoção e de prestação de cuidados curativos no âmbito da enfermagem ambulatoria e curativa.

Em Cabo Verde, portanto, embora o setor privado seja um elemento importante do SNS, desempenhando um papel complementar na oferta de cuidados de saúde, o Estado é o principal ator na organização, regulação e financiamento do sistema de saúde. Os gastos públicos com a saúde representam cerca 9% do Orçamento Geral do Estado.

---

<sup>17</sup>No Centro de Saúde trabalha uma equipa com profissionais de várias categorias lideradas por um médico.

### 1.3. Epidemiologia do HIV/AIDS

#### 1.3.1. Situação Epidemiológica das IST<sup>18</sup> e do HIV/AIDS em Cabo Verde

O primeiro caso de AIDS foi identificado num paciente originário da Ilha do Fogo, em Paris, e reportado a Cabo Verde em 1986, e até 31 de Dezembro de 2006 foram notificados ao Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) do Ministério da Saúde um total cumulativo de 2011 casos de infecção por HIV, dos quais 1019 (50,7 %) evoluíram para AIDS e desses 539 já faleceram. Do total de casos notificados, 937 correspondem ao sexo masculino, 1.023 ao sexo feminino e em 50 casos o sexo não foi especificado (Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de Cabo Verde 2006)<sup>19</sup>. Ainda de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2006, o número de casos de AIDS e de óbitos por AIDS diminuiu em 2006, embora haja registro de um aumento do número de casos de infecção por HIV. Tal aumento deve-se, sobretudo, à melhoria na capacidade diagnóstica e no acesso aos testes de despistagem. Em 2003, por exemplo, foram realizados 3.542 testes com 169 casos diagnosticados de infecção por HIV e em 2006, num espaço de três anos, o número de testes passa para 13.467, com 299 casos confirmados de infecção por HIV. Do total de testes realizados em 2006, 69% foi do sexo feminino<sup>20</sup>. Isso explica porque, em 2006, se observa uma mudança no quadro geral da epidemia e, pela primeira vez, se verifica um maior número de casos cumulativos no sexo feminino: em 1987 as mulheres representavam 31 % dos casos notificados e os homens 69%; em 2006, os homens representam 35% e as mulheres

---

<sup>18</sup> Infecções Sexualmente Transmissíveis.

<sup>19</sup> Dados mais atuais sobre a situação epidemiológica do HIV/AIDS em Cabo Verde, fornecidos pelo Diretor do Programa Nacional de Luta contra a SIDA, indicam que até 31 de Outubro de 2007 o número cumulativo de casos notificados era de 2.298 (1045 do sexo masculino, 1181 no feminino e 51 não especificado), dos quais 1.078 já faleceram. Estes dados, porém, ainda não foram publicados, por isso optamos por trabalhar com os dados oficiais do Boletim Epidemiológico

<sup>20</sup> Esse grande número de testes realizados por pessoas do sexo feminino em 2006, deve-se a implementação da Estratégia de Prevenção da Transmissão Vertical nas mulheres grávidas em 2005 (Boletim Epidemiológico 2006. Ministério da Saúde de Cabo Verde)

65%. No entanto, os homens apresentam maior índice de morbidade e mortalidade por AIDS. Dos 539 casos de óbitos registrados, em Cabo Verde, desde o aparecimento da epidemia, 52% (n=280) correspondem ao sexo masculino, 41% (n=223) ao sexo feminino e 7% (n=36) dos casos não foram especificados.

Em Cabo Verde, mas de 80% dos casos notificados são associados à transmissão heterossexual (PEN, 2006 – 2010), representando a transmissão vertical, cerca de 10% dos casos e a transmissão por uso de drogas injetáveis 4,2%<sup>21</sup>.

Cabo Verde apresenta fraca prevalência ao HIV/AIDS. A partir da tabela I, podemos acompanhar a evolução do número de casos notificados de HIV/AIDS, de 1987 a 2006.

**Tabela 1 – Infecção VIH: Incidência e Prevalência por ano.**

**Cabo Verde, 1987 – 2006**

Ano	VIH +						
	Casos					Incidência (p/100,000)	Prevalência (p/100,000)
	Masculino	Feminino	N/ especificado	Total	Total Cumulativo		
1987	42	19	0	61	61	18,7	...
1988	20	26	0	46	107	13,9	33,1
1989	22	31	0	53	160	15,7	44,0
1990	24	27	0	51	211	14,9	54,7
1991	20	13	0	33	244	9,5	60,8
1992	40	19	0	59	303	16,6	74,1
1993	17	17	0	34	337	9,3	76,9
1994	10	11	0	21	358	5,6	78,0
1995	17	20	0	37	395	9,7	83,2
1996	16	19	0	35	430	9,0	85,6
1997	15	19	0	34	464	8,6	87,0
1998	56	33	0	89	553	22,0	101,2
1999	42	52	6	100	653	24,2	117,4

<sup>21</sup>Essa informação sobre a transmissão por uso de drogas injetáveis baseia-se em dados do sistema de notificação de casos de HIV na população em 2004. No entanto, dados de uma despistagem voluntária realizada em 2001, nos usuários de drogas injetáveis revelaram uma prevalência de 6,1% (PEN, 2006-2010).

2000	44	42	28	114	761	26,2	130,2
2001	71	63	0	134	901	30,3	149,8
2002	79	72	0	151	1060	33,5	169,6
2003	84	83	2	169	1229	36,8	189,0
2004	109	151	0	260	1489	55,4	226,4
2005	105	112	6	223	1772	46,6	254,9
2006	104	194	1	299	2011	61,4	302,2
Indeterm.			8	8			
<b>Total</b>	<b>937</b>	<b>1023</b>	<b>51</b>	<b>2011</b>			

Fonte: Laboratório VIH, Centros de Despistagem Anônima e Voluntária (C: Verde)

O primeiro estudo de prevalência do HIV realizado em Cabo Verde, em 1989, numa amostra de 5.790 indivíduos dos 15 aos 55 anos apontou uma taxa de prevalência a nível nacional de 0,5% e indicou uma predominância da infecção por HIV2<sup>22</sup>. Em Outubro de 2005 foi realizado, sob a coordenação do Instituto Nacional de Estatística (INE) e do Ministério da Saúde, o IDSR II, que indicou uma taxa de soroprevalência, a nível nacional, de 0.8 %, sendo 1,1% nos homens e 0.4 % nas mulheres<sup>23</sup>. De acordo com o IDSR II, a prevalência foi a mesma para os dois tipos de vírus (HIV1 e HIV2), sendo, no entanto, o HIV1 predominante nos grupos etários mais jovens e o HIV2 dominante nos grupos etários mais velhos. Esta tendência mantém-se quando se analisam os casos notificados em 2006<sup>24</sup>.

A infecção por HIV/AIDS está presente em todas as ilhas, mas, de acordo com

<sup>22</sup>Até 1995 a infecção pelo HIV2 é a mais característica da epidemia em Cabo Verde. O país fica localizado próximo da Costa Ocidental da África, zona considerada o epicentro da epidemia pelo HIV2 (Bangna, 2007, p.23). A partir de 1996 há uma inversão e o HIV1 torna-se o vírus de maior circulação no país. De acordo com dados do PEN (2006-2010), em 2004 o HIV1 representava cerca de 72 % dos casos notificados e o HIV2 cerca de 22 %. Dos 299 novos casos notificados em 2006, 200 correspondiam ao HIV1, 83 ao HIV2 e 16 representavam, simultaneamente, HIV1+2, de acordo com o Boletim epidemiológico (2006) do Ministério da Saúde de Cabo Verde.

<sup>23</sup>Para o estudo da prevalência, foram utilizadas 5596 mostras de sangue, 2941 de mulheres com idade de 15 a 49 anos e 2655 de homens dos 15-59 anos de idade. Baseando-se nesta taxa de prevalência, estima-se que a população adulta soropositiva era de 1900, dos quais 500 mulheres dos 15-49 anos e 1400 homens dos 15-59 anos.

<sup>24</sup>De acordo com o Boletim Epidemiológico de Cabo Verde, o HIV1 em 2006 afectou mais as pessoas na faixa etária 25-34 anos e o HIV2 as pessoas na faixa 40-49 anos.

os dados do IDSR II, a região de Sotavento é a mais afetada apresentando uma prevalência de 1,1% contra 0.1% da região Barlavento. A ilha de Santiago tem uma prevalência de 1,7%, sendo 1,4%,na Praia Urbana, e 0,9%, na Região Sanitária Santiago Norte<sup>25</sup>.

Quanto à situação das outras IST o Relatório de Vigilância Epidemiológica 2003<sup>26</sup>, citado no PEN (2006-2010), apontou uma alta incidência de casos notificados de IST no período de 1993 a 2003. As uretrites e as vaginites apresentaram uma incidência de 861 casos para 100.000 habitantes, em 2000, e 429 casos para 100.000, em 2003. Quanto à sífilis a incidência foi de 76 casos para 100.000 habitantes em 2000 e 46 casos para 100.000 habitantes em 2003.

Dados dos postos sentinela da Praia e de São Vicente<sup>27</sup>, em 2006, apontam uma prevalência para o HIV de 1,7% e 0,3%, respectivamente, e para a sífilis, 1,4% na Praia e 3,2%,em São Vicente, como ilustra tabela abaixo:

**Tabela 2 – Total de grávidas examinadas nos Postos Sentinela, ano 2006  
Resultado Sífilis e HIV**

<b>Posto</b>	<b>Número de mulheres testadas</b>	<b>Prevalência da Sífilis (%)</b>	<b>Prevalência do HIV (%)</b>
<b>Praia</b>	583	1,4	<b>1,7</b>
<b>São Vicente</b>	722	3,2	<b>0,3</b>
<b>Total</b>	<b>1305</b>	<b>2,4</b>	<b>0,9</b>

Fonte: Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de Cabo Verde.

O Programa de Terapia Anti-Retroviral (PTA) teve início em Dezembro de 2004. Dos 30 pacientes avaliados em 2004, 5 iniciaram o tratamento. Das 1472

<sup>25</sup>Em termos sanitários a Ilha de Santiago está dividida em duas regiões: a região metropolitana da Praia e a região Santiago Norte

<sup>26</sup>Serviço de Epidemiologia/Programa de Luta Contra a SIDA do Ministério da Saúde

<sup>27</sup>Foram testadas, nestes dois postos 1305 grávidas, porém, e não obstante a extensão demográfica dessas duas regiões, a amostragem desses dois postos sentinela não é representativa da população sexualmente ativa a nível nacional.

peças vivendo com a AIDS (PVHIV/AIDS)<sup>28</sup> até Novembro de 2007, 746 (51 %) foram avaliadas (e inscritos) pelos serviços de saúde e dentre estes 348 (322 adultos e 26 crianças) estavam recebendo tratamento. A tabela 3 permite acompanhar a evolução do tratamento com Anti-Retrovirais (ARV), em Cabo Verde:

**Tabela 3 – Evolução do Tratamento com ARV em Cabo Verde  
Ano 2004-2007**

	2004	2005	2006	2007
<b>Avaliados (cumulativo)</b>	30	318	503	746
<b>Tratamento (cumulativo)</b>	5	148	242	349

Fonte: dados disponibilizados em formato eletrônico pela médica responsável pela equipe de tratamento do Pólo de Sotavento

### 1.3.2. Epidemiologia do HIV/AIDS no Continente Africano<sup>29</sup>

O HIV/AIDS continua a propagar-se no Mundo. De acordo com relatório do Programa Conjunto das Nações sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgado em 2008, 33,2 milhões de pessoas viviam com o HIV/AIDS até 31 de Dezembro de 2007, dos quais 15,4 milhões são mulheres e 2.5 milhões são crianças<sup>30</sup>. Só em 2007 houve 2,5 milhões de novas infecções por HIV no

<sup>28</sup>Esse número é a diferença do número total de notificações e no número total de óbito por AIDS. Até 31 de Dezembro, tínhamos 2011 notificações por infecção pelo HIV das quais 539 já haviam falecido. Os casos de 2007 ainda não foram incluídos.

<sup>29</sup>Os dados que ora apresentamos sobre a prevalência do HIV na população de 15 a 49 anos dos países do continente Africano tiveram com fonte principal o **Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS e da Organização Mundial da Saúde (OMS)**, divulgado em 2008. Com relação a Cabo Verde, por não estar disponível este dado no referido relatório, usamos como Fonte principal o **Boletim Epidemiológico** do Ministério da Saúde de Cabo Verde (ano de 2007) e o **Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA** que trazem informações sobre o Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva realizado em 2005, em Cabo Verde.

<sup>30</sup>Em 2006, a cifra estimada de pessoas vivendo com o HIV no mundo, publicada pela ONUSIDA, foi de 39.5 milhões, 16% a mais do que a estimativa de 2007. Essa diferença explica-se também devido ao

mundo, dos quais 420 mil foram em menores de 15 anos. O continente Africano é o mais afetado pela epidemia. A África subsaariana, com cerca de 10 % da população mundial, concentra 63% dos infectados pelo HIV do mundo (22,5 milhões)<sup>31</sup>.

A parte meridional da África subsaariana é a sub-região mais fustigada pela epidemia. Um terço das novas infecções pelo HIV que se registraram no mundo em 2007 ocorreu nesta sub-região. Quase todos os países da sub-região apresentam uma taxa de prevalência superior a 16%: A África do Sul, com a maior população infectada do mundo<sup>32</sup>, apresenta uma prevalência nacional de 18,3% na população adulta de 15-49 anos<sup>33</sup>; o Lesoto apresenta uma prevalência na população adulta de 23% (em 2005); o Botsuana, 24% (em 2006)<sup>34</sup>; a Suazilândia, 26% (2006); no Zimbábue<sup>35</sup>, a prevalência foi de 18% no período 2005-2006. A Namíbia, em 2006, apresentou uma prevalência de 20%, nas mulheres que faziam controle pré-natal. Contrariamente à tendência à estabilização da epidemia na sub-região, em Moçambique os dados apontam para um crescimento da epidemia, desde 2005. A prevalência nacional na população adulta 15-49 anos foi de 16,1%, em 2006. Na maioria desses países a expectativa de vida decresceu para menos de 40 anos.

Na África Oriental, há uma tendência à estabilização da epidemia ou, em

---

aprimoramento da metodologia que permitiu a estimativa de 2007 e a revisão das estimativas de algumas regiões da África subsaariana. Portanto, não se deve tirar conclusões mediante as estimativas desses dois anos, como sugere o próprio relatório da ONUSIDA.

<sup>31</sup>Na África subsaariana a epidemia do HIV/AIDS afeta particularmente as mulheres. De acordo com o relatório conjunto da UNAIDS e da OMS, divulgado em 2008, na África subsaariana aproximadamente 61% dos adultos que viviam com HIV/AIDS em 2007 são mulheres.

<sup>32</sup>Na África do Sul mais de 5,5 milhões de pessoas vivem com o HIV. Desde o início da epidemia, mais de 1,8 milhões de pessoas já morrem infectadas pelo HIV/AIDS.

<sup>33</sup>Na África do Sul, a prevalência nas grávidas atendidas em consultas de pré-natal, ainda de acordo com o relatório de 2008, foi de 30% em 2005 e 29% em 2006

<sup>34</sup>O relatório anual sobre a situação do HIV no mundo, divulgado em 2008, coloca Botsuana na lista de 16 países com uma taxa de cobertura de tratamento de adultos e crianças superior a 75%

<sup>35</sup>No Zimbábue, há indícios de um recuo da epidemia do HIV/AIDS: a prevalência do HIV em gestantes caiu de 26% em 2002 para 18% em 2006.

alguns casos, uma ligeira diminuição<sup>36</sup>. Na Etiópia a prevalência nacional do HIV, na população de 15-49 anos, é de 1,4%<sup>37</sup>; no Ruanda é de 3,1% (2005); no Burundi, 3,3% (2005); no Quênia (2006) e na Uganda (2006) a prevalência é de 5%.

A África Ocidental, sub-região a que pertence Cabo Verde, apresenta baixa prevalência quando comparada com as outras regiões da África subsaariana. A epidemia mantém-se estável na maioria dos países. As menores taxas de prevalência em adultos registram-se no Níger (0,7% em 2006), Senegal (0,7%, em 2005), Cabo Verde (0,8%, em 2005) e Mauritânia (inferior a 1%, em 2005). Benin, Burkina-Faso, Guiné Equatorial, Libéria, Mali, Serra Leoa e Gana registram taxas de prevalência em adultos que variam entre 1% e 2%. A Costa do Marfim (4,7%, em 2006), Nigéria (3,9%, em 2005) e Togo<sup>38</sup>, apresentam as taxas de prevalência mais elevadas na sub-região. Cabo Verde é o terceiro país na África subsaariana com melhor cobertura de tratamento ARV para crianças.

Na África central a República Centro Africana apresenta uma prevalência em adultos de 6,2% (estimativa realizada em 2006), Camarões, 5,4% (2006) e a República Democrática do Congo 3,2% (2006).

Na África a AIDS tem sido vista, não apenas como um grave problema de saúde pública, mas também como “uma questão de desenvolvimento” (Rocha, 2003). A elevada dívida externa que pesa sobre vários países africanos, as precárias condições de vida a que está submetida grande parte das populações de vários países do continente, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à educação básica, os

---

<sup>36</sup>No Burundi, a prevalência nacional em adultos caiu de 6,0%, nos finais da década de 90, para 3,3%, em 2005. O Quênia apresentava uma prevalência de 14% em meados da década de 1990. Em 2006, a prevalência foi estimada em 5%. O Uganda foi um dos países pioneiros na África subsaariana a registar um decréscimo na prevalência nacional de adultos infetados.

<sup>37</sup>Apesar de uma taxa de prevalência nacional relativamente baixa, existem regiões na Etiópia, como Gambela e Addis-Abeba, que apresentam prevalência alta (6% e 4,7%, respectivamente).

<sup>38</sup>Em 2006, entre as gestantes que se submeteram a testes em consultas pré-natal, no Togo, a prevalência foi de 4,2%.

conflitos e a guerra que devastou vários países africanos, são questões estruturais que tornam as populações africanas vulneráveis ao HIV/AIDS.

### 1.3.3. A Epidemia do HIV/AIDS no Âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

A CPLP foi criada em 17 de Julho de 1996 tendo como objetivos fundamentais a concertação político-diplomática, a promoção e difusão da língua portuguesa e a cooperação nos vários domínios (econômico, social, cultural, jurídico e técnico-científico, etc.). Fazem parte desta comunidade: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste<sup>39</sup>.

Consideramos pertinente analisar a situação epidemiológica de Cabo Verde no âmbito da CPLP, a partir de uma vertente comparativa, uma vez que existe um acordo de cooperação entre os Estados-membros da comunidade para o combate à AIDS e o apoio ao Programa da CPLP de Combate ao HIV/AIDS<sup>40</sup>, e uma Resolução sobre a Elaboração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP)<sup>41</sup>. Essa estratégia de cooperação coloca a cada Estado-membro o desafio de contribuir para a redução da prevalência do HIV no âmbito da sua própria nação e da CPLP e, através desta, contribuir internacionalmente para a redução da transmissão do HIV.

No âmbito da CPLP, a prevalência do HIV varia muito de país a país, apresentando uma tendência à estabilização em alguns países (Brasil, Portugal, Cabo

---

<sup>39</sup>A adesão da República Democrática de Timor-Leste foi aprovada em 2002, na IV Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, realizada em Brasília.

<sup>40</sup>Este acordo foi firmado em Brasília, em 2002, durante a **IV Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP**. A Conferência dos Chefes de Estado e de Governo é o órgão mais importante da CPLP; a seguir e em ordem hierárquica temos: o **Conselho de Ministros**, o **Comitê de Concertação Permanente** e o **Secretariado Executivo**.

<sup>41</sup>Esta resolução foi aprovada na I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, que ocorreu em Cabo Verde em Abril de 2008 e da qual resultou a “Declaração da Praia”.

Verde, etc.) e crescimento em outros (Moçambique).

Moçambique é o país lusófono mais afetado pela epidemia, com a maior taxa de prevalência do HIV/AIDS na população dos 15-49 anos (16,1%) e com o maior número de pessoas infectadas com o HIV. De acordo com o relatório da UNAIDS e da OMS (2008) sobre a situação da epidemia da AIDS no mundo, estima-se que em 2007 viviam em Moçambique 1,5 milhões de pessoas com HIV e/ou AIDS, quase o mesmo número de toda a América Latina<sup>42</sup>. Timor-Leste, Portugal e o Brasil, apresentam as menores taxas de soroprevalência na população dos 15-49 anos, no âmbito da CPLP (0,3%; 0,5% e 0,6%, respectivamente)<sup>43</sup>. No entanto, o Brasil<sup>44</sup> é o segundo país na CPLP com o maior número de pessoas infectadas com o HIV (cerca de 620 mil, em 2005). A taxa de prevalência do HIV na população de 15-49 anos permanece estável desde 2000, no entanto registra-se um aumento de número de casos entre as mulheres e entre pessoas maiores de 50 anos. Em 2005, no Brasil, 195 mil pessoas infectadas com o HIV faziam tratamento com ARV. Em 1996, o Ministério da Saúde anunciou a distribuição de medicamentos na rede pública de saúde (Galvão, 2000) e entre 1996-2005 houve uma redução de quase 40% no número de óbitos por AIDS (Epidemia VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa, 2008).

Quanto à situação da epidemia do HIV/AIDS em Portugal, no relatório da UNAIDS e da OMS (2008) estima-se uma prevalência na população adulta de 0.5%

---

<sup>42</sup>Na América Latina viviam em 2007 cerca de 1,6 milhões de pessoas infectadas com o vírus. Neste ano morreram 58 mil pessoas em toda a América Latina por causa da AIDS. Só em Moçambique, no mesmo ano, houve 81 mil mortes por AIDS

<sup>43</sup>Estima-se que a taxa de prevalência do HIV em Timor-Leste seja relativamente baixa, variando entre 0,2 e 0,5% (Epidemia VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa). No entanto, uma das observações que o documento aponta é a falta de informação sobre o estado da epidemia do VIH. O relatório anual da ONUSIDA de 2008 não faz referência a Timor-Leste, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

<sup>44</sup>O relatório de 2008 estima que em 2005 viviam no Brasil cerca de 620 mil pessoas com o HIV o que corresponde a 1/3 de todas as pessoas infectadas com o HIV na América Latina.

em 2007<sup>45</sup>, sendo 34 mil o número de portugueses infectados com o HIV nesse ano. Nos jovens de 15-24 anos a prevalência é semelhante à da população geral (0,5%), mas nas jovens da mesma faixa é ligeiramente inferior (0,3%). A taxa de cobertura de tratamento em gestantes infectadas com o HIV foi de 85%, em 2006-2007. A transmissão mãe-filho situa-se abaixo dos 2% (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida, 2007). O número de óbitos por AIDS em crianças e adultos portugueses foi inferior a 500 em 2007.

Angola ocupa a terceira posição na CPLP, seja em termos de taxa de prevalência na população geral adulta (2,1%, em 2007), seja em termos de número e casos: 190 mil, em 2007, dos quais 57,9% são mulheres e 9% são crianças com menos de 15 anos, de acordo com o relatório da UNAIDS. O número de óbitos devido à AIDS em 2007 foi de cerca de 11 mil, o dobro de 2001. No entanto, para a sub-região da África subsaariana em que se encontra, a sua taxa de prevalência é considerada relativamente baixa. Para a Guiné-Bissau o relatório estima que existem 16 mil pessoas vivendo com o HIV, dos quais 54,4% são mulheres e 9,4% são menores de 15 anos. No ano passado morreram na Guiné-Bissau 1100 pessoas devido à AIDS. Ou seja, apesar de apresentar a metade dos casos de infecção pelo HIV que existem em Portugal, a Guiné-Bissau apresentou o dobro do número de óbitos por AIDS registrados em Portugal, no ano passado. Esse dado explica-se pela diferença nas taxas de cobertura de tratamento entre os dois países: pelo menos 75% das pessoas que necessitam de tratamento ARV, em Portugal, tem acesso; na Guiné-Bissau a taxa de cobertura de tratamento ARV, em 2007, foi de 28,1%.

Quanto à situação da epidemia em São Tomé e Príncipe, a taxa de prevalência

---

<sup>45</sup>Embora o HIV apresente fraca prevalência na população geral portuguesa, em dois grupos vulneráveis (usuários de drogas e reclusos) ela é superior a 5% (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida, 2007)

do HIV/AIDS na população é estimada em cerca de 1% (Epidemia VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa, 2008). A epidemia vem apresentando um crescimento rápido entre as mulheres desde 2004 e em 2007 o número de casos acumulados de infecção por HIV foi superior no sexo feminino. No entanto, a transmissão mãe-filho é em torno de 1,5%. A taxa de cobertura de tratamento com ARV em 2007 foi de 24,7%

#### **1.4. Resposta à Epidemia do HIV/AIDS em Cabo Verde**

##### **1.4.1. A Resposta do Setor Público**

Diferentemente da experiência de países como o Brasil, os Estados Unidos e outros países da África e da Europa onde as primeiras respostas ao HIV/AIDS partiram de grupos organizados da sociedade civil, em Cabo Verde o setor público (Institutos Públicos, Ministérios, Câmaras Municipais, etc.) precedeu o setor associativo na resposta ao HIV/AIDS, tanto nas atividades de prevenção como nas de assistência e cuidados aos doentes. O setor da saúde destaca-se como a parte do setor público que tem tido um papel mais importante na resposta ao HIV/AIDS em Cabo Verde.

Após a identificação do primeiro caso de HIV/AIDS em 1986, o país organizou-se para fazer face à epidemia, adotando desde o início, aquilo que Pollak (1990) assinala em relação à França, uma gestão não coercitiva da epidemia baseada na responsabilização individual e no livre consentimento das pessoas. Em 1987 o Ministério da Saúde nomeou um Grupo de Ação Anti-Sida (GAAS) que foi o pioneiro nas atividades de sensibilização e informação da população e dos profissionais de saúde e um Plano a Curto Termo, de combate à AIDS, foi elaborado (PEN, 2002-2006). Ainda neste ano, a AIDS foi incluída na lista das doenças de declaração obrigatória e em 1988 foi criado o Programa Nacional de Luta contra a SIDA que,

entre outras atribuições, torna-se o principal responsável pela vigilância epidemiológica do HIV/AIDS<sup>46</sup> e pela coordenação das atividades de prevenção. Em 1989, foi realizado o primeiro Inquérito Nacional de Soroprevalência e um Plano a Meio Termo (PMT I) foi elaborado para ser executado no período 1990-1992. Em 1992 as IST foram integradas no Programa de Luta contra a SIDA e em 1993 um novo plano à meio termo (PMT II), para travar a epidemia, foi desenhado para os anos 1994-1998. Em 2001 foi elaborado, com ampla participação da sociedade civil, o Plano Estratégico Nacional de Luta contra Sida (PEN), inicialmente para o período 2002-2006, mas que foi atualizado para o período 2006-2010. No âmbito da implementação do PEN, o governo criou em Julho de 2001 o Comitê de Coordenação de Combate à SIDA (CCS-SIDA), estrutura multi-setorial cuja atribuição principal seria coordenar a resposta ao HIV/AIDS. Ainda, a nível do setor da Saúde, foram implementadas ações importantes como a organização e funcionamento dos Postos Sentinelas para a Vigilância do HIV nas grávidas, formação do pessoal da Saúde dentro e fora do país. Uma iniciativa muito importante e que marca a resposta do sector ao HIV/AIDS foi o Programa de Terapia Anti-Retroviral que teve início em Dezembro de 2004.

Os Ministérios da Educação, Infra-estruturas e Transportes, a Secretaria de Estado da Juventude e Desporto, o setor turístico, as Câmaras Municipais, o Ministério da Justiça, desenvolveram importantes projetos e iniciativas que marcaram significativamente a resposta do setor público ao HIV/AIDS em Cabo Verde. Destacamos entre eles, a integração da temática AIDS nos currículos escolares e a promulgação da Lei n.º 19/VII/2007 que regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do HIV/AIDS e assegura a proteção das pessoas infectadas com

---

<sup>46</sup> Em 2004 a vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, deixa de ser da responsabilidade do Programa Nacional de Luta contra a AIDS e é integrada no Serviço de Vigilância Epidemiológica.

o HIV, e as pessoas afetadas, contra a discriminação<sup>47</sup>.

#### 1.4.2. A Resposta do Setor Não-governamental<sup>48</sup>

Bem, hoje...hoje a atitude da sociedade civil é diferente. (...) A sociedade civil no princípio achou que era mais uma doença que os brancos (entre aspas) inventaram para se puder amedrontar ou pressionar os africanos. Bom, ainda hoje, lamentavelmente, alguns africanos, nossos patrícios, insistem nessa idéia ultrapassada, caduca, que não tem razão de ser. Bom, mas hoje, quando alguns eh...eh que fazem parte da sociedade civil já perderam seus parentes, já perderam seus amigos, já viram pela televisão as conseqüências reais do VIH/SIDA, então há uma consciência clara de que o fenômeno, o flagelo é real e as intervenções hoje são intervenções de gente que acredita e que está a fazer. Portanto, hoje a sociedade civil é muito interventiva e as informações que eu tenho é que os projetos da sociedade civil têm sido muito marcantes e tem prometido um futuro melhor dentro, desta questão do HIV/SIDA<sup>49</sup>.

Esta é a constatação de um pastor que também foi líder de uma ONG e que trabalha com a sociedade civil há mais de 20 anos. Há uma percepção clara por parte da sociedade civil organizada que a AIDS constitui um desafio que requer a mobilização de todos (setor público, setor privado, sociedade civil, etc.) e exige, particularmente do setor comunitário, ações enérgicas, integradas e coerentes.

Apesar da lei que regulamenta a constituição de associações de fim não

---

<sup>47</sup> Antes da promulgação da Lei n.º 19/VII/2007, em Cabo Verde não existia nenhuma Lei específica que abrangesse a problemática do HIV/AIDS, sobretudo no que toca à confidencialidade e à não discriminação. Não obstante, a Lei de Base da Saúde servia como referência para garantir cuidados integrados, médico e psicossocial, às pessoas que vivem com o HIV/AIDS (Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA, 2002-2006).

<sup>48</sup> Embora nosso objeto empírico não sejam as organizações não-governamentais (ONGs), para entender a resposta não-governamental à AIDS em Cabo Verde realizamos entrevistas com três líderes de ONGs com atividades em HIV/AIDS.

<sup>49</sup> Entrevista com M, Pastor da igreja do nazareno e com larga experiência como líder de uma ONG religiosa com atividades em HIV/AIDS.

lucrativo ser recente<sup>50</sup> e de o país não ter uma forte tradição de organização comunitária e de trabalho voluntário, considerando a sua história política com uma democracia que data de menos de duas décadas<sup>51</sup>, assiste-se a uma grande proliferação de organizações não governamentais (ONGs) e organizações da sociedade civil (OSCs), atuando em diversas frentes e concorrendo para a melhoria de vida da população. De acordo com o Guia das ONGs de Cabo Verde (2008), o país conta com mais de duas centenas de ONGs, nacionais e estrangeiras, e cerca de 600 outras categorias de OSCs. A epidemia do HIV/AIDS faz parte da agenda de muitas dessas organizações: mas de três dezenas de ONGs desenvolvem atividades relacionadas ao HIV/AIDS, das quais 14 têm como público-alvo os soropositivos. No entanto, duas características marcam essas organizações:

A primeira é que são, na sua maioria, organizações de prestação de serviço e não organizações de pressão política no sentido distinguido por Altman (1995:83). Para o autor (1995:83),

Existe com frequência uma contradição entre ser uma organização de prestação de serviços e uma organização de pressão política. A primeira requer que as organizações trabalhem próximas das instituições do Estado; a segunda pode exigir o confronto direto dessas mesmas organizações. A realidade é mais complexa, pois a pressão política assume diversas formas.

Portanto, a maioria das ONGs e OSCs com atividades em HIV/AIDS são organizações bastante jovens, criadas no final da década de 1990, algumas com “limitações em termos de condições institucionais” (Guia das ONGs de Cabo Verde, 2008:10) e capacidade para conseguir recursos para financiar suas atividades. Sua

---

<sup>50</sup> A publicação da lei sobre as associações, em Cabo Verde, data de 1987, embora esta lei apresentasse algumas restrições dada à conjuntura política do país no regime monopartidário. Esta lei foi revogada em 2003, ano em que foi publicado um novo regime jurídico da constituição de associações de fim não lucrativo.

<sup>51</sup> A abertura política e a transição para um regime político pluripartidário deu-se em 1991.

dependência financeira em relação aos recursos do Estado - ou mesmo recursos que não são do Estado, como o empréstimo do Banco Mundial, mas que são geridos pelas instituições do Estado, como o CCS-SIDA – faz com que, como argumenta Sheila Shaver (citado por Altman, 1995:150), “o setor não-governamental se torne, de fato, uma região paraestatal que pode manter somente uma autonomia limitada em relação ao governo”. A relação que essas organizações mantêm com o Estado é fundamentalmente uma relação de parceria estratégica: são organizações de grande importância para o Estado porque são executoras das políticas e dos programas do governo relacionadas ao HIV/AIDS; e, o governo tem importância para essas organizações, na medida em que é ainda um dos principais financiadores das atividades relacionadas ao HIV/AIDS de muitas organizações da sociedade civil. No entanto, encontramos organizações em Cabo Verde com capacidade para gerir projetos relacionados ao HIV/AIDS independentemente dos recursos (financiamento) do governo, seja porque são organizações dotadas de boa capacidade institucional e com larga experiência de atuação em Cabo Verde, ainda que seja em outros domínios de intervenção, mas, sobretudo, porque são filiadas a organizações internacionais que são seus principais parceiros. A Cáritas Cabo-verdiana, por exemplo, é uma organização fundada em 1976 e presidida pelo Bispo de Cabo Verde, Dom Paulino Évora. A organização tem 1000 membros, 15 técnicos e 7 quadros administrativos e é filiada à Federação Cáritas Internacional. Desenvolve projetos de assistência às pessoas infectadas com o HIV, apoiando com cesta básica e/ou uma pequena ajuda financeira, atividade esta que é desenvolvida sem o financiamento do CCS-SIDA. A Liga Nazarena da Solidariedade, foi fundada em 1972<sup>52</sup>, conta com 1674 membros, 6

---

<sup>52</sup> Não obstante tenha sido fundada em 1972, a Liga Nazarena só adquiriu personalidade jurídica em 1991.

dirigentes, 9 técnicos e 3 quadros administrativos; também dotada de grande capacidade institucional, vem desenvolvendo vários projetos relacionados ao HIV/AIDS, entre os quais a assistência aos órfãos de AIDS. A nível do país a Liga Nazarena tem tido uma participação muito ativa, em reuniões e nos fóruns nacionais sobre o HIV/AIDS, e tem feito intervenções em todo território nacional a partir de suas igrejas locais, “que em certa medida se transformam também em pólos de intervenção social da nossa organização não-governamental”, como colocou o entrevistado, Pastor M. A liga tem participado também em várias missões e eventos internacionais ligados ao HIV/AIDS, seja a nível da sub-região africana em que o país se insere ou em outros países africanos como a África do Sul, a Etiópia, o Quênia e na Europa e no Brasil. A igreja e a Liga têm tido representação em várias instâncias de decisão governamental, pois fazem parte integrante do Comitê Municipal<sup>53</sup> e do Comitê Nacional do CCS-SIDA, e sua capacidade de articulação e parcerias<sup>54</sup> com organizações internacionais conferem à organização maior autonomia e poder de ação. Porém, tanto a Liga Nazarena como a Cáritas de Cabo Verde, talvez por serem organizações sociais religiosas se posicionam e se afirmam, fundamentalmente, como organizações de prestação de serviço e não como organizações de pressão política, embora tenham acesso ao espaço político onde tal pressão poderia ser exercida.

A segunda constatação, digna de nota, é que a maioria das ONGs e OSCs com atividades em HIV/AIDS em Cabo Verde não se caracteriza como uma ONG/AIDS<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Os Comitês Municipais são responsáveis pela coordenação e gestão das atividades executadas pelos diferentes intervenientes a nível dos municípios incluindo as Organizações Não Governamentais e as organizações de base Comunitária (Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA, 2006-2010).

<sup>54</sup> A Liga do Nazareno recebe recursos do CCS-SIDA, mas seu parceiro maior é o Ministério Nazarenos da Compaixão, que é a organização social da Igreja, presente em 172 países. A Liga tem parceiros locais em muitos desses países onde está presente a organização internacional, mas também tem os seus parceiros tradicionais: Portugal, Brasil, Estados Unidos, etc., (segundo informações colhidas na entrevista)

<sup>55</sup> Em Cabo Verde não há uma conceituação sobre o que seja uma ONG/AIDS.

no sentido empregue por Galvão (2000), como uma organização que trabalha exclusivamente com o HIV/AIDS; portanto, na sua maioria, não são organizações que foram criadas devido ao HIV/AIDS, mas organizações com outras agendas e que num determinado momento redirecionaram suas atividades para o HIV/AIDS, tendo em conta o volume de recursos disponível no país para financiar tais atividades<sup>56</sup>. Temos, entretanto, duas organizações em Cabo Verde que trabalham exclusivamente com a problemática da AIDS, ambas atuando na ilha de Santiago: a *Associação Solidária VIH-SIDA (RENASCER)* e a *Associação Esperança dos Soropositivos de Santiago*. A primeira contava com 11 membros em 2007, data em que foi fundada, entre os quais dirigentes, técnicos e quadros administrativos. Apesar de se propor “promover a eliminação de todo o tipo de discriminação contra os soropositivos e contribuir para a efetiva igualdade de tratamento” (Boletim Oficial, III série, número 13, 2007) e de ter entre os membros do conselho diretivo uma pessoa portadora do HIV<sup>57</sup> na data da sua fundação, essa associação se aproxima mais de uma associação burocratizada e profissionalizada trabalhando numa lógica mais do *para os outros*<sup>58</sup> do que *do para si*, sendo mais uma organização para pessoas infectadas com o HIV/AIDS do que propriamente de soropositivos e/ou pessoas com AIDS. Já a associação *Esperança dos Soropositivos de Santiago*, fundada e presidida por um soropositivo, é a primeira tentativa de organização de pessoas baseada no status sorológico e umas das respostas organizacionais mais significativas dadas pelas pessoas que vivem com o HIV e/ou

---

<sup>56</sup> O Governo de Cabo Verde já contraiu dois empréstimos com o Banco Mundial: o primeiro foi de 9 milhões de dólares e o segundo de 5 milhões.

<sup>57</sup> O vice-presidente para a Direção Nacional era a Samira Fernandes, a primeira mulher cabo-verdiana a assumir publicamente o seu *status* sorológico.

<sup>58</sup> Alain Caillé, em seu texto *A sociedade mundial no horizonte* (In: MARTINS, P. & NUNES, B. (Orgs) 2004), faz uma distinção entre *associações para si* e *associações para os outros*. A primeira tem como princípio a mutualidade e a reciprocidade, tendo como objetivo primeiro satisfazer os membros da associação; o vínculo social importa mais que o bem ou serviço fornecido. Já as *associações para os outros* têm por objetivo satisfazer um público diferente dos membros da associação; funciona pelo princípio da impessoalidade.

AIDS em Cabo Verde<sup>59</sup>. No entanto, não é uma associação exclusiva de pessoas com o HIV/AIDS, a associação conta com 15 membros entre os quais, 3 soropositivos, todos trabalham na base do voluntariado, com exceção de um membro que é remunerado. É uma associação de militância moral, situando-se entre o registro da socialidade primária e secundária<sup>60</sup>, e o fato de ter a liderança assumida por pessoas soropositivas<sup>61</sup> confere à associação uma inclinação para a defesa dos direitos dos soropositivos. Como coloca Pollak (1990:190), “a proximidade com os soropositivos e os doentes, reforçada pelo recrutamento de inúmeros voluntários entre eles, faz das associações o melhor defensor de seus direitos, do respeito por sua dignidade e pela ética”.

A organização das pessoas portadoras do HIV/AIDS constitui umas das fraquezas do setor comunitário em Cabo Verde. Apesar de, como observa Altman (1995), na maioria dos países ocidentais, já nos últimos anos da década de 80, os portadores do vírus estavam exigindo e assumindo a liderança do setor comunitário, e também de se propor no encontro de Paris, em 1994, uma iniciativa que ficou conhecida como GIPA e que trata da importância de um maior envolvimento das PVVIH/AIDS nas políticas regionais, nacionais e globais de AIDS (GALVÃO, 2000:76), em Cabo Verde ainda registra-se um fraco envolvimento das pessoas

---

<sup>59</sup> Convém destacar que antes da Associação Esperança de Soropositivos de Santiago, em 2005 foi legalizada uma outra associação de apoio a soropositivos – a associação Zé Rocha, em homenagem ao primeiro soropositivo a assumir publicamente o HIV/AIDS e que foi também o presidente da associação – mais que desmantelou-se mesmo antes que começasse a funcionar oficialmente.

<sup>60</sup> A Associação Esperança dos Soropositivos de Santiago se caracteriza fundamentalmente como uma associação “híbrida” no sentido conferido por Alain Caillé (A sociedade mundial no horizonte, 2004:26. In: MARTINS, P. & NUNES, B. (Orgs.), formada a partir da exigência de reciprocidade e dádiva, próprias da socialidade primária, mas cruzando-se nos limites da eficácia técnica, jurídica, administrativa, etc. que estruturam o domínio das sociabilidades secundárias. É, portanto uma organização que funciona, simultaneamente, pela lógica *para si* e *do para os outros*.

<sup>61</sup> O presidente é soropositivo, um dos primeiros, a aceitar testemunhar publicamente e de modo aberto a sua condição sorológica. O vice-presidente também é soropositivo mas não assume publicamente.

vivendo com o HIV/AIDS (PVVIH/AIDS)<sup>62</sup> em organizações com atividades em HIV/AIDS, de modo que elas ainda não conseguem influenciar a resposta/política governamental à AIDS. Por outro lado, em Cabo Verde também não existem associações de trabalhadores profissionais de sexo, embora estudos demonstrem que apresentam vulnerabilidade face ao HIV/AIDS.

No entanto, para fortalecer as organizações não governamentais e o setor comunitário, várias iniciativas vêm sendo desenvolvidas. Uma das mais importantes foi a Plataforma das ONGs de Cabo Verde, que é uma rede das organizações da sociedade civil. Criada em 1996 faz parte da rede de plataforma das ONGs dos Países Africanos de Expressão Oficial Portuguesa (PALOP) e da rede de plataforma das ONGs da África Ocidental. Um dos objetivos da plataforma das ONGs de Cabo Verde é “contribuir para o reforço da concertação e da cooperação entre as ONGs e entre estas e os seus diferentes parceiros” (Guia das ONGs de Cabo Verde, 2007:12) e “facilitar os contactos e o acesso aos recursos para as ONGs a associações de base” (idem).

Outra iniciativa surgiu recentemente durante o congresso da CPLP que teve lugar no Rio de Janeiro, em Abril de 2008: a sociedade civil presente mobilizou-se para a criação da Rede da Sociedade Civil das Pessoas que Vivem, Convivem e/ou Trabalham com o HIV/AIDS nos Países de Língua Portuguesa (Rede+PLP)<sup>63</sup>. Consideramos de crucial importância tal iniciativa uma vez que, acreditamos, ao possibilitar a criação de redes de PVVIH e de pessoas e organizações que trabalham com o HIV em Cabo Verde vai conferir um novo impulso e uma nova dinâmica à luta contra a AIDS em Cabo Verde.

---

<sup>62</sup> Usamos a designação PVVIH/AIDS no seu sentido específico para nos referirmos exclusivamente às pessoas portadoras do HIV e/ou com AIDS.

<sup>63</sup> CONGRESSO DA CPLP E A CRIAÇÃO DA REDE+PLP (2008)

### 1.4.3. O Papel da Cooperação e da Solidariedade Internacional

A AIDS é uma ameaça global de saúde e que exige, também, respostas concertadas internacionalmente. Nesse sentido, a cooperação e a solidariedade internacional têm desempenhado um papel chave nas respostas à epidemia do HIV/AIDS, sobretudo para países do terceiro mundo, sem capacidade orçamentária para efetivar programas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS.

Cabo Verde, para implementar seu Programa Multi-setorial de Luta Contra a SIDA, tem contado com importantes parceiros internacionais tais como o Banco Mundial, a Cooperação Francesa, a União Européia, o GTZ<sup>64</sup>, o Sistema das Nações Unidas e, mais recentemente, a Fundação Clinton. Durante a vigência e execução do PEN 2002-2006, foram aprovados e financiados mais de duas centenas e meio de projetos, da sociedade civil e dos departamentos governamentais, relacionados ao HIV/AIDS, destacando-se o empréstimo de nove milhões de USD contraído pelo Governo de Cabo Verde com o Banco Mundial, em 2002, a contribuição mais significativa do orçamento para a execução do PEN 2002-2006. Para os anos 2007 e 2008, o acordo com o Banco Mundial previa um suplemento de mais cinco milhões de USD.

Cabo Verde é membro da Fundação Clinton desde 2005, o que tem proporcionado ao país facilidades financeiras na compra de ARV e consumíveis de laboratório (Plano Estratégico Nacional 2006-2010).

Mas o papel da cooperação não se restringe à busca de recursos para financiar

---

<sup>64</sup> Cooperação Técnica Alemã

as ações de combate ao HIV/AIDS. A cooperação técnica também tem tido um papel fundamental no quadro da resposta nacional à epidemia do HIV/AIDS. No âmbito do acordo de cooperação entre os Estados-membros da CPLP sobre o combate ao HIV/AIDS, foi criada em 2007 uma rede técnica de articulação em HIV/AIDS dos países de língua portuguesa, com o objetivo de incentivar o fortalecimento de respostas nacionais ao HIV/AIDS e IST no seio da comunidade. Cabo Verde também faz parte da Rede Laços Sul-Sul, inicialmente conhecida como iniciativa “Brasil+7”<sup>65</sup>. Essa rede representa uma coligação de forças para enfrentar a epidemia, a partir de troca de informações, elaboração de planos de ação em parceria, etc. Através da iniciativa Laços Sul-Sul, Cabo Verde beneficia de assistência técnica, ARV e consumíveis de laboratório, para a prevenção da transmissão vertical (Plano Estratégico Nacional 2006-2010).

Apesar da tendência à estabilização da epidemia, Cabo Verde precisa continuar a envidar esforços na busca da consolidação da cooperação no espaço da CPLP e da Rede Laços Sul-Sul, mas também alargar a cooperação no sentido de estabelecer novas parcerias para que a gestão da epidemia seja sustentável a longo prazo.

Existem, portanto, experiências de organização em rede, a nível da cooperação internacional, que se revertem no fortalecimento da capacidade nacional de resposta à epidemia do HIV/AIDS.

---

<sup>65</sup> A iniciativa “Brasil+7” reúne oito países: Brasil, Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Paraguai, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste e Nicarágua.

## **II CAPÍTULO**

### **REDES SOCIAIS, DÁDIVA E SOLIDARIEDADE**

O debate teórico, neste segundo capítulo, gravita em torno de três temas centrais: redes sociais, dádiva e solidariedade. Apesar de serem apresentados, separadamente, como se fossem eixos distintos - com o propósito de se aprofundar a discussão - os temas são interdependentes. A dádiva é a categoria teórica central que nos dá a chave para a compreensão de como as redes sociais se constituem, se organizam e se mantêm. As redes sociais produzem solidariedades de níveis diferenciados conforme os processos de sociabilidade (primário ou secundário) a partir dos quais elas se tecem. As redes que se constroem a partir de processos de sociabilidade primária – redes de relações interpessoais – “estão fortemente ligadas ao fenômeno do dom” (Fontes, 2004a). Mas o sistema de dádiva também atua nas redes que se formam no plano das relações funcionais. A dádiva, portanto, funciona de acordo com a lógica das redes.

Nesta pesquisa nos propomos não só a descrever como se estruturam as redes sociais das pessoas portadoras do HIV/AIDS e qual o seu papel na organização da solidariedade, mas também a analisar o que circula no interior dessas redes. Onde, a temática do dom torna-se central no nosso estudo.

Considerando, também, como é apontado na literatura, que a rede social de um

indivíduo constitui para ele uma forma específica de recursos, representando oportunidades ou constrangimentos, optamos por introduzir no nosso programa de discussão o conceito de Capital Social.

O tema das representações sociais mantém, também, uma relação muito estreita com o conceito de redes. Os atores sociais desenham e definem suas redes de relacionamento e pertencimento de acordo com suas concepções, imagens e crenças sobre a vida social. Por outro lado, as redes sociais, por serem campos de sociabilidade que se estruturam a partir da troca e, portanto da circulação de dons - de sentimentos, impressões, opiniões e da palavra -, constituem um terreno propício para a construção das representações enquanto fenômenos individuais e coletivos.

## **2.1. Redes Sociais**

### **2.1.1. Contextualização**

O conceito de rede social não é novo nas ciências sociais. O conceito foi desenvolvido de forma mais sistemática, na década de 1950, no âmbito da antropologia social inglesa, a partir dos trabalhos de Elisabeth Bott<sup>66</sup> e John Barnes<sup>67</sup>. No entanto, sua aparição remonta à década de 1940, embora o termo fosse usado num sentido figurado<sup>68</sup>. A boa aceitabilidade e utilização do conceito no âmbito da antropologia Britânica, após a segunda grande guerra, deveu-se, sobretudo, à insatisfação com o

---

<sup>66</sup> Família e Rede Social (1957)

<sup>67</sup> Barnes introduziu a ideia de rede como instrumento de análise por volta de 1954. Em sua análise sobre uma aldeia de pesca na Noruega, no início da década de 50, ele introduz e desenvolve a idéia de usar o conceito de rede sistematicamente ao invés de metaforicamente.

<sup>68</sup> Radcliffe-Brown usa o termo em 1940, num sentido metafórico, por analogia com o conceito de estrutura social. O autor define estrutura social como uma “rede de relações que existem efetivamente” (citado por Barnes, 1987:164).

modelo funcionalista-estrutural de comportamento social e de sociedade que dominava desde os anos 30 e que, de acordo com Boissevain (1987:199), “era inadequado à análise relativa ao nível em que as pessoas reais interagem”<sup>69</sup>

Alguns autores colocam que as raízes históricas da noção de redes são muito mais remotas e que podem, portanto, ser encontradas em alguns estudos precursores: para Kanaiaupuni et al (citado por Ribeiro, 2005:3), um dos primeiros estudos sobre redes sociais e saúde foi realizado por Durkheim em seu trabalho a respeito de isolamento social e suicídio, embora o autor não fizesse uma referência explícita ao termo; Meneses e Sarriera (2005:56) apontam o artigo de Helen Bott<sup>70</sup> publicado em 1928, como um dos precursores do trabalho atual com redes; Mercklé (2004:14-19) sugere que a análise das redes sociais se baseia em princípios que têm origem na sociometria de Moreno<sup>71</sup> e na sociologia relacional de Simmel<sup>72</sup>; Acioli (2007, s/ p.) destaca a análise etnográfica das estruturas elementares de parentesco de Lévi-Strauss, na década de 40, como a primeira aproximação ao conceito de rede.

Embora o conceito seja corriqueiro na antropologia social Britânica, desde a década de 60, de acordo com Elisabeth Bott (1976:295) só na década de 1970 o conceito ganha popularidade entre os cientistas sociais americanos<sup>73</sup>. Nas últimas

---

<sup>69</sup>Para Boissevain (1987:201), a insatisfação com o modelo funcionalista-estrutural prende-se com o fato de não levar em conta “a série de formas sociais usualmente caracterizadas como organização informal”

<sup>70</sup>Helen Bott publicou em 1928 no *Genetic Psychology Monographs* um artigo intitulado “Observation of play activities in a nurse school”. Ela observou crianças na pré-escola, nas suas inter-relações.

<sup>71</sup>Meneses e Sarriera (2005) também apontam Jacob Moreno como um dos pioneiros na temática das redes sociais, com seus trabalhos de análise sociométrica da década de 1930.

<sup>72</sup>A influência de Simmel é sentida, sobretudo, na tradição americana, essencialmente formalista, de estudo das redes sociais, que se preocupa primordialmente com a morfologia das redes e sua relação com o comportamento dos atores envolvidos.

<sup>73</sup>Elisabeth Bott (1976), na segunda edição de seu livro, *Família e Rede social*, ao analisar a história do conceito de rede desde 1957, ano da publicação da primeira edição, assevera que até 1970 o conceito de rede ainda não é do uso sociológico da moda nos Estados Unidos. No entanto, e não obstante o ligeiro atraso americano na integração do conceito de rede nas teorias e pesquisas sociais, os estudos sobre o tema nos Estados Unidos desempenharam um papel de extraordinária importância na construção e consolidação de uma abordagem analítica sobre as redes, sobretudo no quadro de uma abordagem estrutural. Já os estudos sobre o tema, no âmbito da antropologia britânica do pós II Guerra Mundial tinham como foco principal a análise situacional de grupos restritos (consultar Portugal, 2007).

décadas o conceito de rede tornou-se central na teoria sociológica suscitando inúmeras discussões sobre a existência de um novo paradigma nas ciências sociais e/ou a emergência de uma nova ciência – ciência das redes (Portugal, 2006:53). No entanto, o termo rede não tem um sentido unívoco no âmbito das ciências sociais. De acordo com Elisabeth Bott (1987:298), o conceito de rede tem sido aplicado em uma grande variedade de estudos empíricos e as definições e ênfases dadas variam consideravelmente de um estudo para o outro. Portanto, a grande popularidade do conceito tem suscitado uma proliferação de termos e definições relativas às redes e, portanto, várias confusões e imprecisões terminológicas. Como assinala Elisabeth Bott

O conceito de “rede” está sofrendo o destino de muitos outros conceitos sociológicos básicos, tais como *status* e *papel*. Ele está sendo usado com tantos fins que levará algum tempo até que cheguemos a alcançar o sentido para o qual demonstra ter maior utilidade (Bott, 1976:301)

Barnes “também se preocupa com a heterogeneidade dos usos da noção de redes” (Acioli, 2007, s/ p.) que ele explica como se devendo a grande diversidade dos contextos em que a idéia de rede social foi utilizada. O autor chama a atenção para a necessidade de se distinguir entre uso metafórico do conceito de rede social e o uso analítico. O uso analítico está focado na metodologia de análise das redes. A preocupação central dos autores é com a identificação e a descrição das características ou propriedades das redes e das interconexões que aí se estabelecem; com o estabelecimento de relações entre os desenhos das redes e o comportamento de indivíduos ou grupos que as constituem. O sentido metafórico sugere, por seu turno, “a imagem de interconexão de relações sociais, sem se deter na especificação das propriedades dessas interconexões” (Acioli, 2007, s/ p.).

Nas últimas duas décadas o conceito de rede vem sendo usado e discutido num

sentido que se articula, sobretudo, às tecnologias de informação. Acioli (Idem) sinaliza para uma tendência à naturalização do uso do termo rede social no sentido tecnológico e, a partir de uma revisão bibliográfica tendo como base os campos da sociologia, antropologia, informação e comunicação, a autora “historiciza” o conceito mostrando suas raízes e desdobramentos.

### 2.1.2. Algumas Definições de Redes Sociais e de Termos Relativos às Redes

Apesar da grande diversidade de definições sobre redes sociais e considerando a impossibilidade de adotá-las todas, por mais esclarecedoras que sejam, até por uma questão de necessidade de operacionalização empírica, selecionamos algumas definições que consideramos ter relevância para este trabalho:

Barnes (1987:163) usa a expressão rede social para designar as conexões interpessoais que surgem a partir da afiliação a um grupo ou aquelas que vinculam pessoas de grupos diferentes. O autor estabelece uma distinção entre rede social total, expressão que ele toma de Radcliffe-Brown, e rede parcial. Como coloca Barnes,

Quer a rede possa ou não ser associada de maneira útil à “estrutura social”, não podemos encontrá-la nem aqui nem ali. Independentemente de qualquer coisa, a rede é uma abstração de primeiro grau da realidade, e contém a maior parte possível da informação sobre a totalidade da vida social da comunidade à qual corresponde. Chamo-a de rede social total (Barnes, 1987:166)

Por rede parcial, o autor entende qualquer extração de uma rede total, com base em algum critério que se aplica à rede total. As redes de parentesco, redes de casamento, as redes políticas, etc. seriam exemplos de redes parciais. Na literatura atual sobre redes, as *redes de íntimos*, as *redes de trocas* e as *redes de interação*

aparecem como exemplos de redes parciais<sup>74</sup>.

Sluzki (1997:41) define rede social significativa como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”. Embora essa concepção de rede esteja conceitualmente ancorada em um indivíduo particular, ela não pode ser desvinculada do universo “macro”, que seriam campos sociais mais amplos nos quais as redes sociais pessoais se inserem. Portanto, por analogia com a dicotomia total/parcial introduzida por Barnes é possível discriminar em Sluzki a micro-rede social pessoal e a rede macro que inclui a comunidade e a sociedade.

Elisabeth Bott (1976:299) entende por rede uma configuração social em que um indivíduo particular ou um grupo está em contato com todas ou algumas unidades sociais (indivíduos ou grupos). A autora emprega o termo “malha estreita” para designar uma rede na qual existem muitas relações entre as unidades componentes e utiliza a expressão “malha frouxa” para descrever uma rede com poucos relacionamentos entre as partes componentes<sup>75</sup>.

Num sentido muito próximo ao conferido por Elisabeth Bott, Mercklé (citado por Portugal, 2007:23), define rede social como “um conjunto de unidades sociais e de relações, diretas ou indiretas, entre essas unidades sociais, através de cadeias de dimensão variável”. Essas unidades sociais, que podem ser indivíduos ou grupos de indivíduos, são frequentemente tratadas na literatura sobre redes como “nós” e suas conexões são caracterizadas como “laços”.

---

<sup>74</sup> De acordo com Sílvia Portugal (2007:27) é possível identificar, na literatura sobre *network analysis*, três tipos de redes: as redes de íntimos, constituídas pelos indivíduos considerados importantes pela pessoa a partir da qual se reconstitui a rede; as redes de troca, formadas por indivíduos com os quais há probabilidade de recompensa de dádivas; e, as redes de interação, “baseada nos indivíduos com quem os membros da família interagem numa base de rotina”.

<sup>75</sup> Normalmente, as redes de parentes tendem a ser de malha mais estreita que a rede de amigos e/ou vizinhos.

Alguns autores propõem uma distinção entre laços fortes e fracos, positivos e negativos, ativos e passivos<sup>76</sup>: de acordo com Portugal (2007:24), os laços são positivos quando se estruturam a partir de uma identidade comum e sentimento de pertença a uma mesma entidade, enquanto que os laços negativos são laços baseados na diferenciação e que fazem os indivíduos se distinguirem como pertencentes a entidades diferentes; já os laços ativos se baseiam em interações quotidianas face a face, ao passo que os laços passivos resultam de interações afetivas irregulares; os laços fortes, por seu turno, são aqueles que estruturam as redes de sociabilidade primária, sobretudo privada, em contraposição aos laços fracos, ou seja, aqueles que “têm como principal característica a mobilização de recursos na esfera pública” (Fontes e Eichner, 2004:234)

Alain Caillé (1998:18) define rede como "o conjunto das pessoas em relação às quais a manutenção de relações interpessoais, de amizade ou camaradagem, permite conservar e esperar confiança e fidelidade". O autor estabelece uma oposição relevante entre duas formas de sociabilidade, a primária e a secundária: a primeira funciona pelo interconhecimento e pela dádiva, correspondendo, portanto, a um tipo de organização e/ou relação social em que as pessoas são mais importantes que as funções que elas desempenham; a secundária funciona pela impessoalidade e pela funcionalidade (Caillé, 2004:22). Cada uma dessas esferas de sociabilidade se apresenta, ainda segundo o autor, alternativamente, sob a forma privada ou pública. Com base nesta tipologia, é possível classificar as redes sociais em primárias (privadas e públicas) e secundárias (privadas e públicas), conforme o tipo de sociabilidade a partir da qual elas

---

<sup>76</sup> Consultar Portugal (2007).

se estruturam<sup>77</sup>. Existe consenso na literatura sobre redes que o parentesco e a amizade são os tipos mais importantes de relação social primária<sup>78</sup>.

Godbout (2004, p.78-79) estabelece uma oposição entre redes e aparelhos: as redes fazem alusão a um tipo de regulação que se endereça a um conjunto de membros (são auto-reguladas), enquanto que os aparelhos visam a regulação externa de públicos. De acordo com o autor, nas sociedades modernas as redes tendem a assumir duas formas: redes mercantis e sociais. A primeira é uma rede espacial, tem uma autonomia limitada (necessita de um aparelho para manter-se) e tende a se transformar facilmente em aparelhos; funciona predominantemente de acordo com o interesse instrumental<sup>79</sup>. Já as redes sociais são redes fundamentadas no tempo e, portanto, susceptível de reforçar o valor do elo; são fundamentalmente redes de solidariedade e se apóiam principalmente no fenômeno da dádiva, privilegiando, desse modo, não os interesses instrumentais, mas os de amizade.

Os atores sociais participam de diferentes redes sociais, formando o que Fontes (2004b) designa de relês sociais – rede de redes. O conceito de relê pode ser definido, de acordo com Fontes (2004b, p.124) "como um mecanismo que produz e divulga a mobilização dos indivíduos para novas redes". Esse conceito permite explicar como, por exemplo, a partir de suas redes de procedência, egocentradas, os indivíduos se inscrevem em círculos sociais diversos.

---

<sup>77</sup>Esta classificação só se sustenta se levarmos em conta uma importante proposição de Caillé: a de que a sociabilidade primária continua agindo vigorosamente mesmo no seio da sociedade secundária; mesmo as associações secundárias só se sustentam porque “embora recrutam sob a base de pertencimento a tal ou tal esfera de sociabilidade secundária elas recriam a primaridade no interior da secundaridade” (Caillé, 2004:25).

<sup>78</sup>Ver Bott (1976:279), a esse respeito.

<sup>79</sup>Randolph (1993, citado por Fontes, 1997) propõe uma classificação das redes de acordo com o tipo de processo interativo que seus agentes mantêm. Distingue entre redes instrumentais e redes de solidariedade, mas esta oposição não significa, evidentemente, que as redes instrumentais não engendram solidariedades. Utiliza a expressão "rede instrumental" para denotar "que os processos interativos que lhe dão suporte estruturam-se principalmente a partir da ação social racional, orientada estrategicamente para a consecução de fins racionalmente planejados, (...)" (Fontes, 1997:4).

Consideramos, portanto, que este conceito pode ser extremamente útil para a compreensão de como as pessoas vivendo com o HIV/AIDS constroem espaços públicos primários, na medida em que, como observa Scherer-Warren (citado por Acioli, 2007), as ações coletivas surgem de redes que interagem e se influenciam mutuamente.

### 2.1.3. Rede Social, uma Nova Teoria? O Alcance do Conceito de Rede na Teoria Sociológica

Apesar da grande popularidade do conceito de rede social no âmbito das ciências sociais, e mesmo no domínio de outras ciências<sup>80</sup>, existem dúvidas consideráveis, na literatura sobre redes, se o termo designa, efetivamente, uma teoria social<sup>81</sup>. Para Barnes (1987), por exemplo, o termo não designa uma teoria social<sup>82</sup>. O conceito é extremamente versátil e pode, portanto, ser apropriado, incorporado e adaptado a diferentes teorias, mas não seria propriamente uma teoria. A expressão rede social seria, na visão do autor, mais uma ferramenta conceitual, analítica e metodológica, útil para descrever uma série de situações sociais. Por outro lado, há aqueles que advogam a existência de uma teoria das redes sociais<sup>83</sup> ou mesmo a existência de um novo paradigma nas ciências sociais. Sílvia Portugal (2007:8-9), por exemplo, distanciando-se da posição de Barnes, observa a esse respeito que as redes sociais denotam mais do que um método ou conjunto de técnicas de análise da

---

<sup>80</sup> Sílvia Portugal observa que o sucesso do conceito de rede não se restringe ao campo das ciências sociais: desde os finais da década de 90, diversos trabalhos vem apontando para a existência de uma nova “ciência das redes” que se situa nas fronteiras de várias disciplinas.

<sup>81</sup> Consultar Fontes e Eichner (2004)

<sup>82</sup> Esta posição é compartilhada por muito outros autores: Jeffrey (citado em Fontes e Eichner, 2004:219), por exemplo, observa que a expressão rede social não seria uma teoria no sentido de um conjunto de proposições interligadas e que podem ser testadas.

<sup>83</sup> Encontramos em trabalhos de vários autores (Martins, 2004a:22; Fontes, 2004<sup>a</sup>:57; Portugal, 2004:195), referências à expressão “teoria das redes sociais”.

realidade social: constituem uma perspectiva teórica no campo das ciências sociais, ao lado de várias outras perspectivas, embora também não chegam a formar “um novo paradigma” no sentido atribuído por Kuhn<sup>84</sup>. Segundo a autora, o campo teórico da sociologia não constitui um bloco monolítico, várias perspectivas diferenciadas coexistem sem que nenhuma possa ser identificada como o paradigma dominante.

Seja ou não uma teoria, o conceito de rede tornou-se crucial na teoria sociológica, não só porque é extremamente útil para descrever um conjunto de situações sociais que se escapulam da alçada de análise do modelo funcionalista-estrutural, mas sobretudo, e embora ainda herdeiro dos antigos dilemas que polarizam as ciências sociais<sup>85</sup> – a dualidade clássica entre o indivíduo e a sociedade que se reproduz na oposição teórica entre o estruturalismo e o individualismo metodológico – o conceito traz em seu bojo a possibilidade de superação desses impasses<sup>86</sup>. É nesse sentido que Martins (2004a) aborda a noção de rede a partir de uma perspectiva complexa e paradoxal. Para o autor, subjacente à teoria das redes está o princípio do paradoxo. Portanto, a integração da temática rede nas ciências sociais corresponde à necessidade de elaboração de um pensamento complexo sobre a realidade social: por acentuar as “multideterminações da realidade social”, o princípio do paradoxo, permite à teoria sociológica ir além das dicotomias clássicas (indivíduo-sociedade; ação-estrutura, micro-macro, etc.) que se traduzem numa visão simplista e reducionista da realidade social, para incorporar a ideia de incerteza, de complexidade, ou seja, da sociedade “como fato social total” (Martins, 2004a:24-29)

Portanto, a grande façanha do conceito de rede, visão que é partilhada por

---

<sup>84</sup> No sentido de uma revolução científica em que as novas visões e ideias se impõem sobre as anteriores enfraquecendo-as e muitas vezes eliminando-as.

<sup>85</sup> Algumas abordagens sobre redes colocam a ênfase na estrutura ou na ação dos indivíduos de acordo com o referencial teórico que elas adotam: estruturalismo ou individualismo metodológico.

<sup>86</sup> Consultar Martins (2004a:24)

muitos autores, é que permitiu focar a análise não nos atributos individuais ou na estrutura social - entendida aqui enquanto conjunto de normas, papéis e valores culturais que orientam o comportamento dos indivíduos - mas nos processos interativos<sup>87</sup>. Wasserman e Faust<sup>88</sup> preferem usar a designação “estruturas de relações” quando se referem a esses processos. Para estes autores, as estruturas de relações, “são meios que configuram oportunidades ou constroem a ação individual”.

A análise das redes permite, portanto, focar a atenção no comportamento individual, sem perder de vista a sua inserção nas estruturas sociais (Portugal, 2007:12). Desta forma, a potencialidade analítica do conceito de rede é que ele permite pensar a ação e a estrutura não como contraditórias e opostas, mas como interdependentes e complementares. Sua contribuição no âmbito da sociologia é inegável. Como assinala Portugal,

A *network analysis* trouxe novos princípios analíticos, novas linguagens e novos dados para a teoria sociológica, permitindo analisar a estrutura social a partir de uma perspectiva relacional e (re)colocando no centro do questionamento o elemento básico da sociologia: a interação social (Portugal, 2007:30).

Além de sua relevância do ponto de vista teórico, o conceito de rede tem uma importância na práxis: ele é estratégico para se promover (e implementar) “novas metodologias de intervenção social” (Martins, 2004a:22) e novas modalidades de práticas sociais e políticas, sobretudo aquelas relacionadas à construção de “esferas públicas democráticas”<sup>89</sup>.

---

<sup>87</sup> Processos interativos são entendidos como um conjunto de relações que ocorrem num dado momento.

<sup>88</sup> Citado por Portugal (2006:54)

<sup>89</sup> Sobre este último parágrafo, consultar Martins (2004a). O autor desenvolve uma brilhante análise sobre isso.

#### 2.1.4. Redes Sociais e Capital Social

O conceito de capital social mantém uma relação muito estreita com o de rede social. Seu aparecimento, porém, na teoria sociológica, é mais recente<sup>90</sup>. Considerando os objetivos da nossa investigação empírica, que é estudar o padrão de laços que unem as pessoas que vivem com o HIV e/ou AIDS, a perspectiva deste sub-capítulo recai, de modo bastante focalizado, não sobre uma discussão teórica exaustiva da temática capital social, mas sobre a relação que o conceito mantém com o de rede social.

O conceito de capital social, tal como o de redes sociais, é multifacetado com definições e utilizações diversas que se associam a diferentes tradições na abordagem do tema, o que coloca dificuldades na sua operacionalização empírica.

A proximidade entre os dois conceitos releva, pelo lado teórico, da idéia segundo a qual “a rede de relações dum indivíduo pode constituir para ele uma forma específica de recursos”<sup>91</sup>. Desse modo, vários teóricos, sobretudo os que se inscrevem na perspectiva estrutural, procuram situar o capital social na relação entre as pessoas. Flapp (citado em Fonte e Eichner, 2004:223), por exemplo, define capital social como “uma entidade consistindo de todos os benefícios futuros derivados não do trabalho, mas de conexões com outras pessoas”. Coleman (citado em Portugal, 2007:15), por seu turno, ao definir capital social, ressalta duas características fundamentais: constituem aspectos das estruturas sociais e facilitam certo tipo de ações dos atores na estrutura. Wellman (citado em Fontes, 2004a), numa direção paralela, mostra que “questões relativas ao acesso a recursos estão estreitamente associadas com o desenho

---

<sup>90</sup>Suas raízes históricas são, porém, remotas. De acordo com Dagenne e Forsé (citados em Mercklé, 2004:54), suas raízes podem ser encontradas na formulação de Hobbes “avoir des amis, c’est avoir du pouvoir”.

<sup>91</sup>L’idée selon laquelle le réseau des relations d’un individu peut constituer pour lui une forme spécifique de ressources, est une idée ancienne (...)” (Mercklé, 2004:54)

das redes”. Um determinado ator social poderia, portanto, localizar-se em posições diferenciadas no acesso a recursos, de acordo com a configuração da rede social na qual se insere. É nesta idéia de “um tipo de capital gerado nas relações entre as pessoas” (Portugal, 2007:15) que se funda a interligação entre os dois conceitos e que, certamente, radica o interesse dos teóricos das redes pela temática capital social. Não é, diga-se de passagem, por mera coincidência que a *network analysis* vem se destacando como uma linha de pensamento distinta e autônoma na abordagem do capital social<sup>92</sup>. A *network analysis*, por permitir olhar simultaneamente para as três dimensões analíticas (os recursos, as estruturas e ação dos sujeitos), pode ser de uma utilidade extraordinária para a “clarificação e operacionalização do conceito de capital social”<sup>93</sup>. De acordo com Portugal,

Os instrumentos e métodos da teoria das redes constituem uma via privilegiada para a construção de modelos analíticos que esclarecem as relações entre capital social, redes sociais e estrutura social, fato que lhes confere um papel de relevo nos contributos para a teoria de capital social (Portugal, 2007:21)

Mas a proximidade entre os dois conceitos não é apenas uma abstração teórica: ela é também evidenciada em vários estudos empíricos que demonstram “os efeitos de diferentes padrões de redes no acesso a recursos” (Wellman, citado em Fontes, 2004a); Mark Granovetter (citado em Fontes, 2004a; Portugal, 2007) mostra a importância da estruturação das redes egocentradas no acesso ao emprego; Fontes e Eichner (2004) analisaram como, a partir das redes egocentradas, os moradores de uma comunidade de baixa renda formavam um estoque de capital social; Portugal (2004; 2005; 2006)

---

<sup>92</sup>De acordo com Portugal (2007:15), a maioria dos autores aponta três tradições distintas na abordagem do capital social: uma que se inspira nos trabalhos de Bourdieu, uma que se apoia nas ideias de Coleman e a que tem origem nos trabalhos de Putnam. A autora acrescenta mais uma linha a que se delinea a partir da teoria das redes sociais.

<sup>93</sup> Portugal (2007:20)

estudou o papel das redes informais no acesso a determinados tipos de recursos<sup>94</sup>, ou seja, a forma como os indivíduos mobilizam diferentes tipos de relações sociais para fazer face às suas necessidades de bem-estar.

Portanto, são vários os estudos empíricos que demonstram a relação entre o desenho das redes e o processo de mobilização de recursos. O desenho das redes, como assinala Fontes (2004a), permite aos atores sociais formar um estoque de capital social com o fim de mobilizar recursos.

Convém assinalar, porém – e na esteira de Martins (2009) - que a relação entre os dois conceitos, demonstrada acima, tanto pelo prisma teórico-conceitual como a partir da vertente empírica, só se sustenta a partir de uma leitura particularista, funcional e instrumental/utilitarista de redes: as redes sociais como fontes de recursos que podem ser mobilizados calculadamente e, na maioria das vezes, com fins particulares, ou seja, em função dos próprios interesses de indivíduos ou grupos. Se partirmos da consideração da idéia de redes como fenômeno sócio-histórico e cultural, ligado aos “complexos processos de diferenciação social das sociedades contemporâneas” (Martins, idem:13), a relação conceitual entre redes e capital social parece se esvaír. Como lembra o autor (Idem), as teorias do capital social em rede por terem como pilares basilares teorias individualistas utilitaristas – o individualismo metodológico e a “rational choice” – são por demais abstratas e impróprias<sup>95</sup> para darem conta do contexto sócio-cultural e histórico do fenômeno das redes sociais. O autor avança na crítica anti-utilitarista sobre redes sociais denunciando o que designa

---

<sup>94</sup> Apoio à maternidade, acesso aos cuidados de saúde, etc.

<sup>95</sup> Impróprias, sobretudo pela simplicidade do seu corpo teórico-metodológico: o pensamento utilitarista, embora hegemônico, é um pensamento simplista, reducionista, unilateral e, portanto, incapaz de explicar a complexidade do social. Como uma teoria utilitarista simplista (como a teoria de capital social) pode explicar fenômenos sócio-históricos complexos e paradoxais como o das redes sociais? Esta é, de acordo com Martins (2009:15), uma contradição bastante embaraçosa para aqueles que tentam estabelecer um nexos entre redes sociais e capital social

por “colonização do fenômeno redes sociais pelo pensamento utilitarista hegemônico” (Martins, 2009:1), uma operação que encontra nas teorias do capital social uma de suas expressões mais significativas<sup>96</sup>.

#### 2.1.5. Redes Sociais, Ação Pública Local e Saúde

As redes sociais constituem um objeto teórico de extraordinária importância para se compreender as mudanças que vêm ocorrendo nos modos de organização social e político da vida contemporânea. A complexidade das sociedades contemporâneas, o surgimento de novas demandas a nível local e a incapacidade do Estado em atender a estas demandas a partir dos mecanismos institucionais tradicionais não se traduz no “desmoronamento do Estado” ou no declínio da participação cívica, como crêem muitos, mas na emergência de novas formas de mobilização, participação e, portanto, “de interação/relacionamento dos cidadãos com as instituições do Estado”<sup>97</sup>. Essas novas demandas implicam no surgimento de práticas de sociabilidades que se estruturam, fundamentalmente, “em mecanismos de sociabilidade originários na sociedade civil e calcados na esfera do mundo da vida” (Fontes, 2004a:54). Novas modalidades de “solidariedade e aliança” são produzidas, novas formas de participação e mobilização são demandadas, com reflexo profundo na construção de uma “esfera pública” fincada na sociedade civil, distinta do poder estatal, não oposta mais complementar.

Por outro lado, as instituições políticas tradicionais cuja legitimidade tem sido

---

<sup>96</sup>Segundo Martins (2009:1), as teorias do capital social são as tentativas mais bem sucedidas de adaptação do utilitarismo individualista à explicação dos novos movimentos sociais e culturais que se legitimam nas experiências de redes sociais.

<sup>97</sup> John Gaventa, *Em direção a uma governança local participativa: seis propostas para a discussão*.

questionada por não conseguirem dar respostas às demandas diversificadas da sociedade civil mundial vêm passando por um processo de reestruturação e modernização que tem como eixos a descentralização político-administrativa e a criação de mecanismos que garantam uma participação mais efetiva e democrática dos cidadãos na “gestão da coisa pública”. Isso implica, do ponto de vista teórico, em mudanças paradigmáticas no campo da política, que passa a integrar na sua análise não apenas os processos políticos que ocorrem em “instituições políticas especializadas”<sup>98</sup> Barnes (1987:160), mas também aqueles que ocorrem em nível mais baixo – o nível local, não-especializado, conforme Barnes (Idem) - como aqueles “ligados às experiências associativas locais não vinculados a movimentos políticos e partidários” (Fontes e Martins, 2006:07). De acordo com alguns autores (Barnes, 1987:160; Fontes e Martins, 2004:14), o conceito de rede social é um instrumento analítico considerado útil para os estudiosos interessados em política local. Como assinalam Fontes e Martins,

Entendemos ser o conceito de rede social, ainda em fase de sistematização teórica e metodológica, um recurso poderoso para explicar o potencial mobilizador da sociedade civil e as perspectivas políticas inovadoras que as ações solidárias geradas horizontalmente entre indivíduos e grupos sociais - tanto no interior da sociedade civil como nas instâncias de poder e governo municipais e locais -, podem oferecer para a compreensão dos desafios de construção da cidadania democrática no mundo globalizado e instável da contemporaneidade. (Fontes e Martins, 2004:14)

A idéia de local não se resume a uma compreensão geo-espacial dos fenômenos que descrevemos, mas, como observa Santin (2007:331) a um "*espaço abstrato de relações sociais*", indicando interação entre movimentos ou grupos sociais articulados

---

<sup>98</sup> Como por exemplo: governos, partidos, parlamentos, eleições, diplomacias, etc. (Barnes, 1987:159).

em torno de interesses comuns”. De acordo com Fischer e Carvalho (citados por Santin, 2007:331), o local pode ser concebido como um "conjunto de redes sociais que se articulam e superpõem, em cooperação ou conflito, em torno de interesses, recursos e valores, em um espaço cujo contorno é definido pela configuração desse conjunto".

O setor da saúde que passou recentemente por um processo de reforma com a implementação do SUS<sup>99</sup> tem sido uma das áreas do setor público brasileiro onde esses processos políticos de nível local têm se destacado de forma mais visível, sobretudo a partir da implementação de um novo modelo de gestão social da saúde que acentua “a importância da participação popular nos conselhos de saúde em diversos níveis da administração pública, assim como, as práticas que envolvem setores organizados da sociedade civil” (Fontes, 2006:81). Portanto, vários canais institucionais são criados para viabilizar a participação popular na formulação e controle social da gestão das políticas públicas em saúde cuja consequência mais imediata é estruturação/configuração de um novo desenho de políticas públicas concebidas não mais de forma verticalizada e autoritária, mas de modo descentralizado e “territorializado”, “fundamentadas no sistema da dádiva e nas relações de reciprocidade e solidariedade entre os sujeitos” (Lacerda ET AL, 2006:316).

De acordo com Martins e Fontes (2004, Introdução), essas mudanças institucionais e políticas que se vem observando no campo da saúde são, no fundo, reflexo da afirmação de um novo paradigma – o da promoção à saúde – passando-se de uma compreensão "biologizante", simplista e reducionista (saúde como ausência de doença), para uma compreensão da saúde como um sistema complexo, multifacetado e que, portanto, se define a partir de considerações culturais, sociais, políticas, afetivas e ambientais. Essa nova compreensão de saúde, ao acentuar as multideterminações do

---

<sup>99</sup> Sistema Único de Saúde.

fenômeno saúde e, conseqüentemente, a relação entre condições estruturais e saúde, torna-se um fator propulsor da mobilização social em saúde<sup>100</sup>.

O conceito de rede social, por colocar a tônica na análise dos processos interativos, nos dá uma pista para a compreensão dessas mudanças que vem ocorrendo no campo da saúde. Para Martins (2004a), o conceito de rede social é estratégico para se avançar na idéia de promoção à saúde.

#### 2.1.6. Redes e Representações Sociais

A representação social é outro conceito que não pode ser dissociado do conceito de rede social. Ambos surgiram no pós II Guerra Mundial, no solo intelectual da tradição de pesquisa européia: o primeiro tem origem em Durkheim, que usa o conceito no mesmo sentido que representações coletivas, e é elaborado de forma mais sistemática por Moscovici, na França, no quadro de uma exigência/proposta de renovação teórica da psicologia social; o segundo surge no âmbito da antropologia social inglesa, a partir de uma insatisfação com o modelo funcionalista-estrutural e, portanto, com a tendência “universalizante” (totalizante) presente em pesquisas inspiradas nesse modelo.

A proximidade que o conceito de representação social mantém com a sociologia de Durkheim deve ser sublinhada por duas razões:

Em primeiro lugar, sua origem sociológica lhe confere a força e o estatuto de

---

<sup>100</sup>Rosely de Oliveira (1998), em seu artigo “a dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular” desenvolve uma interessante reflexão sobre isso. Embora a autora parta de uma experiência particular vivida pelo movimento “Se Liga Leopoldina” durante a epidemia de dengue no Rio, entre os anos de 1986 e 1991, ela atesta que a percepção da dengue por parte da população - que seria resultado da própria ação do movimento - a partir de um modelo que coloca a tônica não na responsabilização individual mas na relação entre as condições de vida e saúde da população poderia levar a uma qualificação das reivindicações sociais.

um instrumento teórico-conceitual bastante pertinente para se proceder a crítica à natureza individualizante da maior parte da pesquisa em psicologia social da época, sobretudo das pesquisas produzidas no âmbito da psicologia social norte-americana;

Segundo, a identificação das raízes do conceito em Durkheim permite reforçar a proximidade e o elo que o conceito matem com o de rede social, por uma fato muito curioso: o pensamento de Durkheim, por integrar a idéia de totalidade e, em certo sentido, de complexidade, tem sido resgatado como uma contribuição de valor extraordinário para se avançar numa compreensão complexa das redes sociais (Martins, 2004a).

As representações sociais são “um conjunto de conceitos, de proposição e explicações originadas na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais” (Moscovici, citado por Sá, 2002:31). Elas são, portanto, elaborações de sujeitos sociais, ou seja, de “indivíduos inscritos numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social” (Spink, 2000:120). Desse modo, torna-se patente a existência de uma relação entre as condições sociais, de um lado, e as representações sociais, de outro. No entanto, menos evidente parece ser a direção da influência: são as condições sociais que determinam e explicam as representações sociais ou, ao contrário, são as representações sociais que criam e explicam a realidade social? As representações sociais devem ser avaliadas a nível individual ou social? A resposta a estas perguntas tem recebido diferentes formulações de acordo com a perspectiva teórica e metodológica adotada no estudo das representações sociais. As teorias sobre representações sociais inspiradas em Marx ou Durkheim defendem a “anterioridade da vida social em relação às representações” (Minayo, 2000:106)<sup>101</sup>. Há também aqueles que parecem privilegiar a determinação das práticas sociais pelas representações

---

<sup>101</sup> Embora os dois autores têm diferentes concepções sobre o social.

sociais<sup>102</sup>.

A teoria das representações sociais, no fundo, re-atualiza as velhas questões da sociologia, sendo, uma das mais fulcrais, o problema da relação indivíduo-sociedade. Acreditamos que o conceito de redes, por unir a perspectiva micro e macro, tem alguma pertinência não só para a superação de tais dilemas, mas também para o entendimento do caráter dinâmico e mutante das representações sociais. Se por um lado as representações sociais estão associadas a produções culturais muito abrangentes e que antecedem o indivíduo, por outro lado elas são produtos das interações sociais vivenciadas pelos indivíduos em seu cotidiano. As redes sociais, por serem campos de sociabilidade que se estruturam a partir da troca (ação e comunicação) entre os atores sociais, constituem um terreno propício para a formação e re-elaboração das representações sociais. Como coloca Minayo (2000:97), os atores sociais não só agem, “como atribuem significado portadores de relevância à sua ação, de acordo como sua história de vida, seu estoque de conhecimentos dado pela experiência de interação com os que o cercam”. Desse modo, as redes sociais, enquanto *locus* privilegiado da interação, constituem o solo sobre o qual as representações sociais não só se estabelecem mas, também, se particularizam “em função das especificidades de mundos de vida, construídos a partir da complexa diversidade social encontrada nas sociedades contemporâneas” (Fontes, 1997, s/p.). Conforme o desenho das redes, as representações adquirem formatos bastante peculiares.

Por outro lado, o conceito de representação social é igualmente bastante útil para a operacionalização empírica do conceito de rede. Se for verdade, como pensava

---

<sup>102</sup>Como por exemplo, Abric (citado em Sá, 2002:88).

Fischer (citado por Portugal, 2007:12), que as escolhas individuais têm alguma relevância na construção das redes de relações sociais e, se for igualmente verdade, que as representações sociais orientam a ação dos indivíduos, então não será menos verdade que o conceito de representação social nos dá a chave para o entendimento de como as pessoas se engajam nas práticas sociais cotidianas e constroem círculos sociais. As representações sociais, como observa Sá (2002:44), intervêm diretamente na definição da finalidade da situação, determinando assim a priori o tipo de relações pertinentes para os sujeitos. Portanto, no processo de interação com outrem não só as ações influenciam na definição da situação, mas também o conjunto de representações. Por outro lado, as crenças, os valores, as representações sociais compartilhadas têm um papel muito importante na organização (coesão) e manutenção dos grupos sociais, pois elas definem a identidade do grupo.

Portanto, as representações sociais se revestem de uma importância peculiar nesta pesquisa como modalidade de bens simbólicos que têm a força e a veracidade para a organização dos lugares e das trocas entre os sujeitos. Nesse sentido as representações sociais mantêm também uma relação com o conceito de dádiva, tema que será tratado com maior profundidade a seguir. Aliás, o fato de o tema da dádiva ter sido desenvolvido por Mauss, pessoa muito próxima de Durkheim<sup>103</sup> à quem nós atribuímos a paternidade do conceito de representação social, já desperta para uma curiosa relação entre os dois conceitos.

---

<sup>103</sup>Mauss foi sobrinho, colaborador e sucessor de Durkheim na revista *Année Sociologique*.

## 2.2. Dádiva

### 2.2.1. Contextualização

A reflexão sobre a dádiva surge de modo mais sistemático, nas ciências sociais, com o sociólogo francês M. Mauss, a partir de sua obra seminal *Essai sur le don* (1924), na qual o autor analisa as modalidades de trocas nas sociedades arcaicas. A pesquisa etnográfica de Mauss permitiu constatar a existência de uma certa universalidade nas sociedades tradicionais – ou “sociedade primeira”, como prefere Caillé (2002) – da tripla obrigação de dar, receber e retribuir, princípio sobre o qual se fundam as sociedades humanas<sup>104</sup>.

A dádiva consiste em “prestações sociais totais” que se estruturam a partir dessa obrigação tripartite. Essas prestações eram, simultaneamente, livres e obrigatórias, interessadas e desinteressadas, tinham concomitantemente uma dimensão material e simbólica, individual e coletiva<sup>105</sup>. É nesse sentido que Mauss confere à dádiva o estatuto de “fato social total”: ela permeia, simultaneamente, várias dimensões da vida social – a econômica, política, jurídica, cultural, religiosa, etc. - sem estabelecer uma hierarquia que permita afirmar a primazia de uma em detrimento das demais; totalidade também no sentido de que tais prestações não se restringiam à troca de objetos materiais, com utilidade econômica, mas implicavam num circuito muito mais amplo de bens como gestos, festas, conversas, danças, gentilezas, serviços, coisas e mesmo pessoas (crianças, mulheres, etc.), bens, portanto, carregados de simbolismo e que só podem ser compreendidos inseridos nas relações sociais.

---

<sup>104</sup>De acordo com Caillé (2002:192), essa tripla obrigação constitui a lei mais geral da ordem social arcaica.

<sup>105</sup>A dádiva implica num “contrato” - se é que podemos aplicar este termo à dádiva – coletivo: são os grupos é que trocam, e não indivíduos, embora essas trocas muitas vezes são feitas por intermédio de indivíduos, os chefes de clã.

No circuito da dádiva, os bens doados têm uma força simbólica que compele o receptor a devolver o bem recebido. Esse simbolismo que obriga à retribuição exprime-se no fato de o objeto doado estar impregnado da alma do oferente - essa é a explicação dada por um nativo e que Mauss denomina *hau* -, o que torna o bem inalienável e o coloca a serviço do vínculo social. Nas sociedades arcaicas, a dádiva, embora fosse um gesto de gratuidade era ao mesmo tempo um desafio ao qual não se podia fugir, sob pena de se romper o laço social. Quem oferece algo a alguém doa uma parte de si mesmo e ao mesmo tempo desafia esse outro a dar e, portanto, a se doar também (retribuição). Recusar uma dádiva não significa apenas prescindir de um bem ou serviço, mas recusar a própria relação; não retribuir uma dádiva significa apropriar-se da alma do oferente. A dádiva é, então, um movimento ambivalente que não se interrompe no ato de doação da ação (na medida em que o bem é recebido, senão não há dádiva), nem na recepção (o bem recebido tem de ser devolvido embora a retribuição não é imediata e haja também situações em que a retribuição é feita a terceiros como no caso da dádiva da vida e da herança) nem na retribuição (na medida em que esta gera um novo desequilíbrio que precisará ser invertido com uma nova doação)<sup>106</sup>. Os ciclos da dádiva não só permitem que se crie o vínculo social, mas, ao mesmo tempo, nutrem, renovam e recriam-no permanentemente e desse modo transfiguram os próprios protagonistas das trocas de dádiva. É nesse sentido que se compreende o dom como o “operador privilegiado da criação do vínculo social” (Caillé, 2002:193). Nas trocas de dádivas, esclarece o autor (2006:30), os bens que circulam não valem apenas em função do seu *valor de uso* e/ou de seu *valor de*

---

<sup>106</sup> Por essa razão, os três momentos da dádiva não devem ser compreendidos como sendo estáticos mas como um movimento que se insere numa seqüência mais ampla de ação em que dar, receber e retribuir se sobrepõem e se confundem.

*troca*<sup>107</sup>, mas, e muitas vezes de modo preponderante, em função da capacidade de “criar e reproduzir as relações sociais”, ou seja, possuem um valor de vínculo.

A teoria da dádiva, por privilegiar o “valor de vínculo” revela uma importância extraordinária para se compreender as redes sociais enquanto fenômeno relacional e humano. As redes sociais constituem o *locus* privilegiado de circulação de dons e, portanto, da criação do vínculo social. Embora o sistema de dádiva se ancore de forma mais patente no plano da socialidade primária, o das redes interpessoais, ele atua também no próprio âmago da socialidade secundária<sup>108</sup>.

A concepção maussiana de dádiva tem sido explorada, nas ciências sociais, pelo menos em dois sentidos: um, que tem inspirado uma revisão crítica dos fundamentos paradigmáticos das ciências sociais e que realça a força e a pertinência da perspectiva maussiana para a renovação das ciências sociais; outro, muito bem observado por Martins (2006:92), citando Chaniel, consiste “no resgate das idéias associacionistas que foram muito importantes nos inícios do século XX e que passam novamente a ser fundamentais para se pensar a sociedade civil complexa da contemporaneidade”.

É corriqueiro entre os cientistas sociais reconhecer a existência de dois grandes paradigmas nas ciências sociais, o individualismo metodológico e o holismo, que “correspondem a dois princípios de explicação da ação humana” (Godbout, 2002:79). O primeiro, que se impõe de forma imperiosa, propõe-se a explicar a ação social (e as

---

<sup>107</sup> Os economistas clássicos estimam o valor dos bens em função das necessidades que eles permitem satisfazer – valor de uso – e em função da quantidade de outros bens ou da quantidade de dinheiro que eles permitem adquirir – valor de troca. Caillé (2006:30) e Godbout (1999:200), partindo desta distinção, observam que os bens e serviços valem também, e muitas vezes de modo preponderante, em função de seu valor de elo, em função de sua capacidade de expressar, veicular ou nutrir as relações sociais. Nas trocas de dádiva os bens que circulam tem um valor simultaneamente “objetivo” e “subjetivo” – isso se considerarmos que o mercado é um dos momentos da dádiva.

<sup>108</sup> Caillé (2006:26) estabelece uma distinção entre *dom primário* e *dom secundário*: o primeiro é aquele que sela a alinça entre as pessoas, é do domínio da socialidade primária; o segundo atua no plano das relações funcionais entre as pessoas.

instituições) a partir do interesse individual e do cálculo racional; o segundo paradigma, explica a relação social a partir da noção de uma totalidade que preexiste ao indivíduo e exerce coerção (impõe obrigação) sobre ele. Cada um desses paradigmas, afirma Caillé (2002:193-194), se apóia em uma teoria monodimensional e reducionista da ação social, na medida em que reduz tudo ao interesse e à obrigação. O dom se afasta desses dois modelos não porque nega o interesse ou a obrigação. O interesse está presente, mas os interesses de amizade, aliança, solidariedade, prestígio, etc. têm privilégio sobre os interesses instrumentais; a obrigação também está presente, mas é uma “obrigação de liberdade”<sup>109</sup>. O modelo do dom se apóia numa teoria multidimensional e paradoxal da ação social que exige um outro olhar sobre a realidade social: não mais uma visão unilateral, mas um pensamento/compreensão dialético e dialógico sobre realidade social.

Se a teoria de Mauss traz em seu bojo a possibilidade, real e potencial, de emergir não somente como um paradigma alternativo nas ciências sociais, mas como “o único paradigma propriamente sociológico que se pode conceber e defender” (Caillé, citado por Martins, 2006:89) não só porque engloba os dois outros paradigmas (o holista e o econômico utilitarista/individualista) mas, sobretudo, porque corresponde “a lei mais geral da ordem social”, então podemos alegar que uma das implicações mais importantes da concepção maussiana de dádiva é a de conferir à sociologia (e por que não a antropologia?) um lugar cimeiro na explicação dos fenômenos sociais: o

---

<sup>109</sup> De acordo com Mauss (citado por Godbout, 1999:124) a “atmosfera da dádiva é a da obrigação e liberdade misturadas”. É nesse sentido que Godbout observa, em outra obra (2002:74), que um dom feito apenas por obrigação é considerado um dom de qualidade inferior. Em seu livro *o espírito da dádiva* (1999:77), Godbout contesta o argumento de muitos autores, inclusive do próprio Mauss, de que o sistema de redistribuição estatal pode substituir a dádiva. Para Godbout, uma dádiva compulsória não é uma dádiva, portanto, o imposto por ser uma contribuição obrigatória não é uma dádiva. Por outro lado, o sistema de redistribuição estatal visa reduzir a desigualdade; o Estado busca a igualdade enquanto que a dádiva vive da diferença. É nessa perspectiva que o autor, sem negar a relação entre estado e dádiva, defende que “o Estado pertence a uma esfera que se baseia em princípios diferentes, podendo muitas vezes exercer efeitos negativos sobre a dádiva” (1999:66)

lugar de rainha das ciências sociais, lugar pretensamente ocupado pela economia. A concepção maussiana de dádiva é, sem dúvidas, uma perspectiva que honra a sociologia<sup>110</sup>!

Consideramos que a perspectiva da dádiva é uma categoria teórica de importância capital no nosso estudo, uma vez que ela nos dá a chave para compreender como as pessoas soropositivas e com AIDS em Cabo Verde formam e mantêm redes sociais. Caillé (1988) observa que somente através da confiança e, portanto, da aposta no dom é possível constituir e manter redes sociais.

### 2.2.2. Dom, Estigma e Exclusão Social

O estigma e a exclusão social são características que marcam a situação de vida de muitas pessoas vivendo com o HIV e/ou AIDS no continente africano. Os estigmatizados pela AIDS constituem uma categoria de excluídos. O termo estigma, sua utilização remonta à antiguidade: os gregos usavam o termo para se referir a sinais corporais com os quais se procurava por à vista alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava (Goffman, 1988). Já o interesse sociológico pelo tema exclusão social é recente, embora “o estado que o conceito exprime encontra-se presente em quase todas as sociedades de todos os tempos” (Ferreira, 2003:51); o fenômeno da exclusão-inclusão surge ao reboque das guerras, da

---

<sup>110</sup> Essa asserção pode ser paradoxal e, portanto, contestável, à luz da ideia maussiana de “fato social total”: a sociedade inclui a totalidade dos fenômenos humanos sem estabelecer uma hierarquia prévia que justifique a primazia de um fenômeno em relação aos demais. Nossa intenção, portanto, não é entrar na polémica disciplinar e/ou transdisciplinar sobre qual paradigma ou domínio de conhecimento tem primazia na explicação dos fenômenos sociais, para evitar qualquer reducionismo ao qual aliás a dádiva se opõe. Nossa intenção é pura e simplesmente mostrar que a sociologia ao incorporar as ideias de paradoxo e complexidade inerentes ao paradigma da dádiva ela alarga consideravelmente seu horizonte teórico e tem condições de avançar um pouco além das demais ciências na explicação dos fenômenos sociais.

escassez e da conseqüente disputa pelos bens econômicos escassos.

Mas o que o dom tem a ver com esses fenômenos sociológicos? O sistema da dádiva tem alguma relevância para a compreensão dos processos de exclusão de pessoas estigmatizadas? O tema que ora desenvolvemos incide fundamentalmente sobre essa relação. Nossa reflexão se estrutura a partir de dois argumentos principais: o primeiro faz referência às situações sociais concretas de interação e propõe que, nos *contatos mistos*<sup>111</sup>, normais e estigmatizados estão inseridos em um sistema de dádivas e contradádivas; nosso segundo argumento defende que uma ação estatal que se apóie no sistema da dádiva e da solidariedade não só é necessária como também estratégica para conter os intensos processos de exclusão social provocados pelo modelo econômico hegemônico.

Observamos, já, que no sistema de dádiva os bens que circulam têm uma dimensão simbólica e que é esse aspecto que imputa à dádiva o *status* de “fato social total”: o que circula não são apenas bens econômicos e contratos mas conversas, impressões, opiniões, sentimentos, ou seja, bens cujo valor muitas vezes não pode ser estimado. O que circula pode ser um signo que informa sobre a situação social de um indivíduo (se ele possui um defeito ou desvantagem), mas pode também ser um gesto (de pena), um sentimento (de insegurança em relação a maneira como os outros o identificarão e o receberão) um olhar (de desprezo, de repugnância), ou outros símbolos e sinas que indicam uma reação estigmatizada.

O estigma implica num modo de circulação de dons e contradons e, portanto, só pode ser compreendido no plano das trocas simbólicas. Mas há um ponto que é preciso esclarecer: o dom, compreendido como o “operador privilegiado da criação do

---

<sup>111</sup>Goffman (1988), usa o termo contato misto para fazer referência ao contato entre pessoas normais e estigmatizadas.

vínculo social” (Caillé, 2002:193), é frequentemente associado a experiências de caráter pacificado, como a generosidade, a solidariedade, o estabelecimento do laço social, etc., negligenciando-se sua dimensão de conflito, antagonismo, poder e violência. No entanto, observa Machado (2006: 259), “a reciprocidade pensada por Mauss jamais se referiu exclusivamente a uma reciprocidade igualitária, mas a reciprocidades que seguem e consolidam hierarquias sociais prescritas em cada sociedade em particular”. A dádiva enquanto sistema de troca simbólica complexo e paradoxal implica em generosidade e obrigação, interesse e desinteresse, conflito e aliança, inclusão-exclusão<sup>112</sup>.

Nesse sentido, embora o estigma, na sua forma mais extrema, possa implicar em uma experiência social de negação/recusa do reconhecimento<sup>113</sup> e da ruptura do vínculo social (o que convenientemente designamos por exclusão social) sua forma mais comum corresponde a um modo de circulação de dons desiguais de prestígios/reconhecimento e de expectativas (identitárias) entre normais e estigmatizados. Esta forma de circulação traz em si uma forte carga de conflitos reais e potenciais. Temos um exemplo disso no comentário de Goffman com relação aos contatos mistos: “em vez de se retrair, o indivíduo estigmatizado pode tentar aproximar-se dos contatos mistos com agressividade, mas isso pode provocar, nos outros, uma série de respostas desagradáveis” (Goffman, 1988:27). A pessoa estigmatizada, contrariada na sua expectativa, não é reconhecida como uma pessoa comum e total: é uma pessoa desacreditada, diminuída, privada da aprovação. A

---

<sup>112</sup> Para exemplificar uma dádiva que exclui basta pensar no dom da caridade.

<sup>113</sup> Essa ideia de estigma como denegação ou recusa do reconhecimento pode ser desenvolvida utilizando-se como chave de leitura a perspectiva de reconhecimento de Honneth (2003). O autor identifica três formas de desrespeito ou denegação de reconhecimento: os maus-tratos físicos; a privação de direitos ou exclusão social; e, a negação da estima social. Essas formas de desrespeito, sobretudo as duas últimas podem resultar em duas formas distintas de estigma, de acordo com a classificação de Goffman (1988): os estigmas tribais de raça, nação e religião; e, as culpas de caráter individual.

expectativa de reconhecimento do estigmatizado, enquanto bem doado, é devolvida de forma negativa<sup>114</sup>. Como observa o autor (Idem:28) “é provável que, em situações sociais onde há um indivíduo cujo estigma conhecemos ou percebemos, empregamos categorizações inadequadas e que tanto nós como eles nos sintamos pouco à vontade”. Entretanto, um modo de circulação de dons baseado na reciprocidade igualitária de prestígio pode ser encontrada num círculo de pessoas estigmatizadas que se conhecem pessoalmente.

No que concerne à nossa segunda hipótese que faz referência ao papel do Estado, o modelo econômico hegemônico que se apóia doutrinariamente no paradigma neoliberal tem acarretado conseqüências desastrosas para os países do hemisfério sul, gerando uma enorme massa de excluídos que cresce a cada dia. Além das categorias tradicionais de pessoas excluídas - os prisioneiros, os deficientes, os homossexuais, os drogados, etc. – surgem, em proporções nunca antes vistas, dois grandes grupos de excluídos: os desempregados e os pobres; o primeiro grupo inclui aquelas pessoas que foram excluídas do mercado de produção e o segundo, aquelas que foram excluídas do mercado de consumo (Ferreira, 2003:60).

Se a ampliação da esfera normativa de direitos e sua atribuição a novas categorias de indivíduos ou de grupos é uma realidade nos Estados de direito democrático, como assinala Ricouer (2006), o sentimento de exclusão resultante da recusa no acesso aos bens essenciais cresce e se estende de maneira generalizada, sobretudo nos países do sul. Segundo Ricouer (Idem:213-214), o que aflige os cidadãos de todos os países é o contraste gritante entre a atribuição igual de direitos e a distribuição desigual dos bens. Se o acesso aos bens materiais elementares é uma

---

<sup>114</sup> O que na terminologia de Machado (2006) seria uma “circulação negativa da reciprocidade das formas de prestígio”.

condição material necessária para o exercício de todos os outros direitos, como crêem muitos, inclusive Ricouer (Ibid), então o Estado é chamado a cumprir um papel de importância extraordinária na redistribuição da riqueza de forma a “garantir a cada um uma parte equitativa na distribuição dos bens elementares” (Ricouer, 2006:213). Essa função redistributivista do Estado é, portanto, a mola não só para a inclusão – que no plano normativo significaria reconhecer cada pessoa como igual a toda outra pessoa – mas também para a emancipação – reconhecer cada indivíduo enquanto livre o que pressupõe, como condição primeira, libertar os indivíduos dos laços de dependência.

No entanto, se podemos derivar a partir de Honneth (2003) a alegação de que o estigma e a exclusão social têm uma dimensão essencialmente moral, na medida em que o indivíduo é lesado na sua expectativa intersubjetiva de ser reconhecido, então a função redistributivista do Estado deve se fundar na idéia de reconhecimento, não apenas no sentido de reconhecimento da validade dos direitos no plano das normas mas, também, daquele que se prende com o “reconhecimento de capacidades no plano das pessoas” (Ricouer, 2006:213). O Estado, ao reconhecer os direitos sociais e garantir ao indivíduo o exercício desses direitos, está atendendo a sua expectativa intersubjetiva de ser reconhecido como um indivíduo que goza, utilizando a linguagem de Honneth (2003), da “imputabilidade moral na mesma medida que os outros membros da sociedade”. Portanto, como assevera Martins (2004b) ao pensar o papel do Estado no contexto pós-nacional, ao retribuir à riqueza coletada pelos impostos, o Estado, na figura dos planejadores e executores de políticas sociais, devolve aos cidadãos a confiança depositada nele. A isso chamamos, convenientemente, de reconhecimento. O que é devolvido ao indivíduo é o “respeito de si”, o prestígio, a consideração. Esse é ponto nevrálgico que aproxima a redistribuição estatal ao sistema da dádiva, sem reduzir uma coisa à outra.

Entendemos, portanto, que a dádiva pode trazer novas perspectivas para se pensar o estigma e a exclusão social nas sociedades contemporâneas.

### 2.3. A Solidariedade

O tema da solidariedade é antigo, suas raízes remontam ao estoicismo<sup>115</sup> e cristianismo primitivo<sup>116</sup>. Porém, o tema aparece na sociologia, como um dos assuntos inaugurais da nova ciência, e de forma mais sistemática e elaborada, com Durkheim, cuja preocupação era entender a "natureza dos vínculos que unem os homens e que determinam a formação dos agregados sociais" (Alpert, 1986:217). Durkheim opunha dois tipos de solidariedade, a mecânica e a orgânica, que correspondiam a dois tipos de integração social e que, portanto, variavam de acordo com o tipo de sociedade cuja unidade/coesão procuravam assegurar. A "solidariedade mecânica", segundo o autor, pressupõe uma relação direta entre a "unidade" e o "todo", ou seja, o indivíduo se liga à sociedade sem qualquer intermediário. Já na "solidariedade orgânica" o vínculo entre o indivíduo e a sociedade é indireto e existe na medida em que o indivíduo se liga às partes – entendida aqui como instituições, corporações e outros agrupamentos - que compõem o "todo coletivo". Este tipo de solidariedade baseada na diferenciação e na interdependência funcional é mais característico das sociedades modernas, complexas,

---

<sup>115</sup>De acordo com Duvignaud (1986:14), o estoicismo e o cristianismo primitivo, constituem, no ocidente, as matrizes intelectuais da arqueologia da ideia de solidariedade. Do estoicismo foi-nos legado a ideia de uma consciência de si, que remete para a descoberta do outro, e a partir da qual "se evoca essa comunidade de homens que constitui a humanidade". A ideia de uma solidariedade do homem para com a humanidade presente em Diógenes Laércio e em Cícero, e a própria ideia de direito social que surge nos séculos XVII e XVIII, a partir da reflexão de filósofos e juristas, são tributárias, pensamos, da consciência individual de si exaltada na filosofia estoica. Quanto ao cristianismo, observa Duvignaud (Idem:15), ao postular que a espécie humana "é nebulosamente igualitária", que existe "uma igualdade perante a morte, a falta de ser, o pecado", supõe uma solidariedade para além das hierarquias.

<sup>116</sup>Idem

e corresponde à divisão do trabalho social e técnico<sup>117</sup>.

O termo solidariedade sofre importantes desvios semânticos do sentido durkheimiano – sentido "objetivo e até biológico para indicar um tipo de relação entre o todo e as partes"(Alpert, 1986:217) – sobretudo a partir do solidarismo, movimento moral e político liderado por Bourgeois, e passa a ter uma significação *valorativa e idealista*<sup>118</sup> que se consubstancia numa concepção filantrópica de solidariedade que, como bem observou Laville (2001:60), marcou as representações anglo-saxônicas de associação.

De acordo com Laville (Idem:61), no século XIX era possível distinguir duas concepções de solidariedade: a solidariedade como *dívida social dos solidários* ou solidariedade filantrópica, que prevaleceu sobretudo no Reino Unido; e, a solidariedade como vínculo social democrático, que foi mais dominante na França. A primeira baseia-se em relações sociais dissimétricas, embora na Inglaterra estivesse associada à idéia de "cidadania responsável"<sup>119</sup>. A segunda concepção de solidariedade surge a partir da preocupação de Leroux em pensar o vínculo social além do liberalismo e baseia-se em relações sociais mais igualitárias. Nesta pesquisa, utilizamos o termo solidariedade nos dois sentidos.

Qualquer que seja a feição que ela toma, a solidariedade constitui um conceito crucial para se pensar as práticas sociais contemporâneas e os processos associativos.

---

<sup>117</sup>É importante esclarecer que - e apesar de se notar, em Durkheim, claramente uma concepção evolucionista da sociedade – o autor não nega a existência da divisão do trabalho nas sociedades primitivas, mas sustenta, como observa Alpert (1986:376), que a diferenciação funcional não é um fator de coesão social em tais sociedades.

<sup>118</sup>Alpert (1986:216) faz uma distinção entre solidariedade de fato e solidariedade como ideal. A primeira seria no sentido relacionista de Durkheim e a segunda seria no sentido que veio a ser empregue por Bourgeois e o movimento solidarista, ou seja, a solidariedade como princípio de ação moral e social. Para Bourgeois, ainda de acordo com Alpert, a solidariedade representava um dever moral e uma obrigação social.

<sup>119</sup>A concepção filantrópica de solidariedade, em que os indivíduos se percebem como tendo deveres uns para com os outros, comenta Laville (Idem:61), estimulou o engajamento em ações voluntárias e está associada à própria ideia de "cidadania responsável". Mas, ela traz em si um potencial de manutenção e reprodução das desigualdades na medida em que se assenta em relações sociais dissimétricas.

Se, como crêem os cientistas sociais, a modernidade propiciou o surgimento de uma grande profusão de formas de sociabilidade, qual seria o *locus* privilegiado de produção das solidariedades que esses processos de sociabilidade engendraram? Existe certa tendência nas ciências sociais de localizar, contemporaneamente, as ações estruturadoras da solidariedade nas esferas mercantil e estatal, tendência esta que se deve por um lado, a hegemonia do modelo neoliberal, e por outro, a uma tradição de pensamento nas ciências sociais que exalta o papel do estado e das instituições na organização da vida coletiva<sup>120</sup>. No entanto, alguns autores (Fontes, 2004, Martins, 2002) sinalizam para mudanças recentes nas sociedades contemporâneas<sup>121</sup> e seus efeitos na reestruturação/reconfiguração dos processos de solidariedade. Surgem, portanto, "solidariedades de outro nível" que se situam fundamentalmente no domínio da sociedade civil – ou do mundo da vida, usando a designação de Habermas – e que estão fortemente ligados ao fenômeno do dom (Fontes, 2004a). Esses processos de solidariedade, que se manifestam mais recentemente, sempre existiram, ainda de acordo com o autor, embora na modernidade sua visibilidade tenha sido enublada pela presença do Estado e do mercado. No entanto, não há consenso entre os autores, observa Fontes (2004a), sobre qual é a dimensão dessas novas formas de solidariedade, e se substituem os mecanismos tradicionais de produção de solidariedade. Mas sua importância na estruturação do vínculo social, assinalada por Goudbout e reafirmada em Fontes, é inegável.

---

<sup>120</sup>Esta tradição de pensamento que concebe o Estado como um dos principais pilares da ordem social recebe diferentes formulações em Hobbes, Locke, Hegel e mesmo Durkheim. A ideia hobberiana que o homem só é sociável por acidente (Duvignaud, 1986:186) e não um animal eminentemente social, como pensava Aristóteles, sinaliza para a importância do Estado na socialização do indivíduo e na normatização da vida coletiva.

<sup>121</sup>Essas mudanças devem-se sobretudo à falência dos mecanismos institucionais tradicionais – Estado e Mercado - na produção do bem-estar. A crise da sociedade assalariada e o declínio do Estado-providência são expressões mais significativas dessas mudanças.

Duvignaud, numa perspectiva paralela, chama a atenção que se observa na contemporaneidade uma atitude de rejeição perante as grandes figuras de agrupamento e um retorno de solidariedades que se geram a partir de sociabilidades primárias.

Como observa o autor:

“Temos, em primeiro lugar, uma atitude de rejeição perante as grandes figuras de agrupamento e, seguidamente, um retorno dos homens e das mulheres, não sobre si mesmo, mas sobre pequenos grupos de vizinhança, de bairro, de aldeia, em torno dos pólos de actividades desportivas, musicais ou tecnológicas: confrarias que não são quadrilhas, e que agrupam jovens trabalhadores activos, desempregados, reformados, deficientes, doentes e homens e mulheres de todas as condições” (Duvignaud, 1986:186-187)

O autor apela a uma pluralidade de solidariedades que ele reagrupa em *formas tradicionais de solidariedade*<sup>122</sup>, que define como formas sociais “involuntárias e necessárias” que ligam os homens entre si; e, *as novas formas de solidariedade*<sup>123</sup> que surgem e se multiplicam a partir da industrialização.

---

<sup>122</sup>Quais sejam: os laços de sangue, solidariedades urbanas, e solidariedades de saber, magia e técnica.

<sup>123</sup>Solidariedades operárias, de exílio, de jogo, etc.

### **III CAPÍTULO**

#### **REDES SOCIAIS DE PORTADORES DE HIV E/OU AIDS: ESTUDO E INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

“Eu sinto-me triste, não sei...infeliz. Fico pensando muito nisso. Já me explicaram sobre a doença, já me disseram que há remédios que prolongam a vida, mas sinto-me desanimada, triste, penso muito no meu filho; Penso se morrer e deixar o meu filho... (silêncio, seguido de choro). É no meu filho que penso, Dr., por isso não consigo me acostumar a essa doença. Tenho medo que as pessoas descubram e já não sei como andar pelas ruas, não consigo encarar as pessoas; Eu não quero que as pessoas me olhem com outros olhos! A minha família faz questão de esconder de todo mundo. A família do meu marido tem medo que as pessoas descubram. Tem vergonha de mim, porque estou infectada, mas o meu esposo não. Escondem para proteger o meu esposo.”

(Depoimento de portador entrevistado)

O presente capítulo se desdobra em duas sessões: a primeira compreende a descrição do trabalho de campo e um conjunto de considerações de ordem metodológica; na segunda sessão far-se-á a apresentação, análise e discussão dos resultados. Procurar-se-á reconstituir, a partir dos dados, a rede de relações dos sujeitos, analisar as suas características estruturais, as suas funções, as trocas de dádivas que circulam no interior dessas redes.

### 3.1. Sujeito e método

O trabalho de campo consistiu na aquisição de dados junto ao grupo de interesse do pesquisador, as pessoas portadoras do HIV e/ou AIDS no município da Praia, e na análise de documentos para subsidiar a elaboração teórica. Foram consultados os seguintes documentos: Boletins Epidemiológicos, prontuários médicos dos pacientes entrevistados e PEN I e PEN II.

A pesquisa foi realizada durante os meses de Junho a Setembro de 2008, na Delegacia de Saúde da Praia (DSP), um sistema distrital de saúde que representa a autoridade sanitária nos conselhos da Praia e da Ribeira Grande de Santiago<sup>124</sup>. Na DSP são atendidos os portadores do HIV que não necessitam de internação e, em alguns casos, seus familiares. A instituição registra 221 adultos inscritos com HIV e/ou AIDS, dos quais 173 fazem tratamento com ARV.

Nosso estudo contemplou 12 sujeitos, homens e mulheres (quatro do sexo masculino e oito do sexo feminino), adultos, com idades compreendidas entre os 23 e os 59 anos<sup>125</sup>, heterossexuais e sem nenhuma condição clínica ou psíquica que interferisse na “situação de entrevista” ou na sociabilidade<sup>126</sup>. Dos doze entrevistados, apenas um não é domiciliado no município da Praia embora esteja fazendo o tratamento neste município<sup>127</sup>; ½ (50%) dos sujeitos da amostra tomam coquetel, os

---

<sup>124</sup> A Delegacia de Saúde da Praia (DSP) é dirigida por um médico, o delegado de saúde que, além da função de autoridade sanitária, é responsável pela gestão administrativa e operacional. Compreende as seguintes estruturas de prestação de serviços (infra-estrutura sanitária): cinco centros de saúde, dois postos sanitários e oito unidades sanitárias de base. A pesquisa foi realizada na sede da DSP, localizada no Plateau, centro da cidade da Praia

<sup>125</sup> Dos doze sujeitos entrevistados, 7 têm entre 20 e 30 anos e 2 têm mais de 50 anos.

<sup>126</sup> Nosso principal critério de seleção dos sujeitos é a sociabilidade, considerando nosso objetivo – estudar o padrão de laços que unem as pessoas portadoras do HIV e/ou AIDS. Pacientes com condição ou quadro clínico ou psíquico que interfere na sociabilidade não foram selecionados.

<sup>127</sup> O quadro I, em anexo, faz uma caracterização do perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados.

outros são assintomáticos<sup>128</sup>. Todos os nossos entrevistados usam o sistema público de saúde como única forma de aceder aos serviços de saúde.

Com relação ao nível de escolaridade, metade dos sujeitos da amostra estudaram até a 6ª série do ensino fundamental, 1/3 (33,3%) frequentou, mas não completou o segundo grau; e, apenas dois indivíduos (16,7%) completaram o segundo grau, sendo que um deles prossegue em formação universitária. Todos os entrevistados são cabo-verdianos, com exceção de um que é de nacionalidade estrangeira<sup>129</sup> e vive em Cabo Verde desde 2002. Outra característica da amostra é que apenas um dos entrevistados recebeu a comunicação diagnóstica de infecção por HIV/AIDS antes de 2004<sup>130</sup>.

Nossa amostra não abrangeu cada gênero de forma equitativa, devido às dificuldades que tivemos no acesso aos informantes e considerando o fato de a taxa de cobertura de tratamento ARV ser maior entre o sexo feminino<sup>131</sup>.

Por outro lado, também não obedece ao critério de representatividade numérica; não existe, portanto, uma correspondência entre o universo do estudo e a amostra, considerando que se trata de uma pesquisa de orientação metodológica exploratória qualitativa, com análise descritiva dos resultados. Alguns autores (Mattar, citado em Sanches, 2006) defendem que a pesquisa exploratória é a escolha mais apropriada em situações de investigação em que a familiaridade, o conhecimento e o entendimento do fenômeno a ser estudado são exíguos. Nossa pesquisa é, portanto,

---

<sup>128</sup> Estes fazem acompanhamento médico para controlo da saúde imunológica.

<sup>129</sup> O entrevistado é de um dos países africanos de língua portuguesa. O nome do país não foi citado para garantir a não identificação do entrevistado.

<sup>130</sup> Dos doze sujeitos da amostra 7 (58%) foram diagnosticados em 2004, dois foram diagnosticados em 2005, um em 2006, um em 2007 e um em 1999.

<sup>131</sup> Embora em Cabo Verde haja mais mulheres infectadas do que homens, o número de casos cumulativos de AIDS e de óbitos por AIDS é maior no sexo masculino. No entanto, há mais mulheres fazendo tratamento. Dos 322 adultos que fazem tratamento com ARV, em Cabo Verde, 178 são mulheres e 144 são homens. Por outro lado, de acordo com informações fornecidas por um técnico a taxa de adesão ao tratamento é maior entre as mulheres. Isso explica a conformação de nossa amostra

exploratória porque pretendemos descrever uma realidade, a das redes sociais de portadores de HIV e/ou AIDS, sobre a qual não existe nenhuma informação, em Cabo Verde.

A amostra foi extraída de modo não-aleatório, obedecendo aos critérios de conveniência e acessibilidade<sup>132</sup>. Este tipo de amostragem é adequado em estudos exploratórios.

Os dados foram colhidos pelo próprio pesquisador, fundamentalmente a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas, individuais, com duração média de 1 hora, gravadas com o consentimento prévio dos participantes, de modo a se proceder à sua integral transcrição e posterior análise de material. Nosso contato com os entrevistados foi intermediado pelos técnicos (médicos e assistente social) que os acompanhavam em consultas e, a partir desse espaço, esses técnicos faziam menção à pesquisa, explicando o motivo e o interesse da investigação, preparando desse modo, caso o paciente fosse favorável, o terreno para a entrada do pesquisador. Entretanto, as dificuldades foram muitas; a maioria das pessoas abordadas para participar das entrevistas recusava, o que parece ser perfeitamente compreensível considerando que em Cabo Verde o “encobrimento” do *status* sorológico é uma estratégia de uso generalizado entre os portadores do HIV/ AIDS<sup>133</sup>.

Não foi possível elaborar um relatório de recusa para ser incluído na análise da pesquisa dado que a abordagem foi feita pelos técnicos e estes não passaram a informação sobre o número de pessoas que recusaram participar deste estudo, através

---

<sup>132</sup> A amostragem por conveniência é um tipo de amostragem não aleatória em que os elementos são escolhidos por conveniência (se convém ao pesquisador, considerando os objetivos do estudo) e de acordo com o critério de facilidade de acesso aos sujeitos do estudo (acessibilidade). Os métodos de amostragem não aleatória são métodos ad-hoc de caráter pragmático e intuitivo, em que a inclusão de um elemento da população na amostra depende de um critério subjetivo não sendo, portanto, determinada por um critério probabilístico.

<sup>133</sup> Em Cabo Verde, até o momento da pesquisa de campo, apenas 3 pessoas assumiram publicamente que são portadoras do HIV e/ou AIDS.

de seus depoimentos. Quanto aos motivos da recusa, grosso modo, conforme informações dos técnicos que fizeram a intermediação do contato, a maioria alegou não estar preparada ou não ser uma situação “confortável” falar com “mais uma pessoa” sobre o seu problema, não obstante as garantias que receberam que o material seria analisado no seu conjunto e que a identidade da pessoa não seria revelada.

A entrevista visou tanto à obtenção de dados “objetivos” quanto dados “subjetivos”: os primeiros são dados concretos (no nosso caso, ano de diagnóstico, dados de identificação, etc.), aqueles que, de acordo com Minayo (1999), o pesquisador poderia obter através de outras fontes, como estatísticas, registros civis, etc. Os dados “subjetivos” são informações “ao nível mais profundo da realidade” (Idem) que implicam num envolvimento mais profundo do entrevistado na situação de entrevista. O roteiro da entrevista centrou-se em aspectos relacionados com a problemática das redes, de acordo com os objetivos do estudo.

A partir dos dados recolhidos e observações de campo procurou-se reconstituir as redes de relações dos sujeitos da pesquisa, tanto as de procedência como aquelas que se formam a partir da inserção na instituição de tratamento.

De acordo com Portugal (2007) os estudos sobre redes destacam fundamentalmente três estratégias metodológicas: uma abordagem estrutural que utiliza procedimentos sociométricos e consiste na reconstituição da rede através do contato com todos os seus elementos; um segundo tipo de abordagem que consiste na escolha de um informante que reconstitui as relações entre os diferentes membros da rede; e, por último, uma abordagem egocentrada que reconstitui a rede de relações de um determinado indivíduo. Neste trabalho, as redes sociais são reconstituídas com base nesta terceira abordagem. Entretanto, nosso objetivo não foi analisar a rede total de relações sociais de cada indivíduo – o que seria inviável para o tempo que se dispõe

para a coleta de dados – mas apenas as relações sociais que são mobilizadas no enfrentamento do HIV/AIDS, ou seja, "o conjunto de laços sociais que são ativados" em função da contaminação pelo HIV e da AIDS. Seguimos a sugestão de Portugal (2004:197) utilizando como estratégia para a reconstituição da rede parcial de relações sociais a identificação de "membros da rede com os quais existem fortes probabilidades de recompensa de dádivas" – redes de trocas.

Para a análise dos resultados, os dados recolhidos foram transcritos, organizados, estruturados e interpretados de acordo com uma orientação geral da análise de conteúdo. De acordo com nosso propósito teórico, o de analisar as estruturas das redes e os processos interativos, operamos com os seguintes indicadores de análise de Sluzki (1997):

1. Indicadores de análise das redes: as características estruturais das redes, ou seja, o número de pessoas na rede (tamanho), a conexão entre os membros da rede independentemente do informante (densidade), a proporção dos membros da rede localizada em cada quadrante (composição), a distância geográfica entre os membros (dispersão), etc.; Com relação à função das redes e aos recursos que circulam no interior das redes utilizamos a dádiva como categoria de análise. Analisamos o tipo de dádiva que circula e a qualidade da circulação/função da rede.

2. Indicadores de análise do *self*: características dos indivíduos que constituem a rede; as estratégias utilizadas para ter acesso a recursos e a novos contatos; e, representações (pensamentos, percepções, sentimentos e imagens) dos entrevistados sobre os membros da rede.

Utilizou-se o mapa da rede de relações de Sluzki - *mapa mínimo* – com o informante no centro e círculos concêntricos de relações com intensidade e intimidade decrescentes. O círculo está dividido em quatro quadrantes representando as esferas de

sociabilidade - família, amizades, relações de trabalho ou estudo, relações comunitárias, de serviço ou credo. O nosso mapa da rede de relações incluiu a soma de todas as relações mobilizadas no enfrentamento da AIDS e percebidas como significativas pelos entrevistados. Permitirá, por um lado, localizar a esfera de sociabilidade em que se insere o membro da rede e avaliar, por outro lado, o grau de proximidade e/ou distância dos membros da rede em relação ao entrevistado.

Para analisar as características morfológicas (estruturais) das redes privilegiamos uma abordagem descritiva; Já para analisar a circulação da dádiva e algumas características do *self* utilizamos a abordagem qualitativa.

### **3.2. Apresentação e discussão dos resultados**

A reflexão sobre o material recolhido e sua análise aponta para as seguintes observações:

No que tange às características morfológicas das redes sociais egocentradas dos entrevistados, os nossos achados apontam que o número de relacionamentos sociais mantidos pelas pessoas portadoras do HIV/AIDS e percebidos como significativos no enfrentamento do HIV não é grande. As redes são, portanto, de tamanho relativamente pequeno com uma média de 13,5 pessoas e com um nível de densidade mediano<sup>134</sup>.

A tabela 4 permite visualizar o tamanho e a densidade das redes dos entrevistados:

---

<sup>134</sup>A densidade foi calculada de acordo com o método de Barnes. Ele consiste de relacionamentos reais efetivos expressos como uma percentagem de relacionamentos possíveis.

**Tabela 4 – Caracterização das redes sociais dos entrevistados (tamanho e densidade)**

Entrevistado	Tamanho (n° de pessoas na rede)	N° de conexões efetivas na rede	N° de conexões possíveis	Densidade da rede (%)
1	18	61	171	36
2	12	49	78	62
3	10	49	55	89
4	12	28	78	35
5	20	78	210	37
6	14	80	105	76
7	13	40	91	44
8	13	28	91	31
9	10	20	55	36
10	16	95	136	70
11	11	36	66	55
12	13	59	91	65
<b>Média</b>	13,5			53

**Fonte:** Levantamento direto.

È consensualmente assinalado na literatura que as redes de tamanho médio são mais efetivas do que as redes pequenas ou muito grandes<sup>135</sup>. Particularmente no nosso caso em que metade da amostra está no estágio da doença e toma coquetel, e levando-se em conta que nesse estágio, muitas vezes o tratamento é fatigante e as hospitalizações são constantes e demandam atenção, interesse e suporte (material e emocional) dos membros das redes, essas redes podem mostrar pouca efetividade - embora não foi possível observar isso empiricamente - na medida em que, dado ao seu pequeno tamanho, tendem a se sobrecarregar facilmente provocando exaustão e muitas vezes abandono por parte de alguns membros.

Uma das características da nossa amostra, e que é apontada por Sluzki (1997) como um dos fatores que afetam o tamanho da rede, é que 1/3 dos portadores entrevistados já passaram por migrações: dos doze entrevistados um é estrangeiro (o

<sup>135</sup> Consultar Sluzki (1997).

portador 4 – Fabian) tendo se estabelecido em Cabo Verde em 2001, não tem nenhum parente no país; a sua rede de pessoas significativas, com que conta no enfrentamento da doença, tem doze membros dos quais 11 vivem no município da Praia e um vive no exterior (em Dakar<sup>136</sup>), mas foi uma relação estabelecida em Cabo Verde. Relatou-nos na entrevista que soube que é portador do HIV no seu país de origem e que emigrou com medo que as pessoas da sua comunidade descobrissem a sua condição. Como ilustra um trecho da sua fala:

Fabian<sup>137</sup>, (Portador 4): “Eu descobri que tinha esse problema (o vírus HIV) lá “no meu país”<sup>138</sup>. Fiquei deprimido, completamente desorientado. Mesmo não tendo contado a ninguém, nem mesmo a minha família, comecei a sentir vergonha, muita vergonha, perante a minha comunidade, e medo. Medo que descobrissem que estou infectado. Resolvi então sair do país”

A migração forçada pelo HIV/AIDS aliada às dificuldades econômicas que encontra no país de destino restringem a possibilidade de estabelecer contato com parentes e amigos de longa data e, portanto, relações sociais significativas construídas a partir de sua trajetória de sociabilidade anterior ao recebimento do diagnóstico de infecção por HIV são desativadas. Esse entrevistado tem consciência de que precisa recriar todo um conjunto de relações no novo ambiente social e cultural, para fazer face à doença, como fica patente em sua fala (“Fabian: se antes eu precisava dos amigos agora tenho muito mais necessidade deles. Preciso do apoio deles, apoio moral e psicológico”), mas encontra dificuldades que se prendem com questões relacionadas

---

<sup>136</sup> Capital do Senegal, país geograficamente localizado na costa ocidental do continente africano.

<sup>137</sup> Os nomes dos entrevistados são fictícios para garantir o sigilo dos informantes. Todos os outros dados são verdadeiros.

<sup>138</sup> O entrevistado cita o nome do País que fica na África e pertence à comunidade dos países de língua oficial portuguesa. De modo a não permitir a identificação do paciente retiramos do trecho da sua fala o nome do país e substituímos pela expressão “lá no meu país”.

à sua adaptação, às contingências associadas à moradia (constante mudanças), etc. Isso naturalmente vai influenciar na quantidade e na qualidade de relações que vai estabelecer, afetando o tamanho da rede.

O caso Fabian é prototípico de como o processo de migração pode afetar o tamanho da rede, mas temos outros exemplos na nossa amostra (mais três entrevistados) de indivíduos que viveram muitos anos no exterior (Europa e Estados Unidos) e que retornaram para restabelecer definitivamente em Cabo Verde o que implica, igualmente, numa reconstrução/reactivação, quando isso é possível, de algumas relações que haviam sido deixadas e num refazer de novas relações. Esses três entrevistados, Edinho, Januário e José, apresentam redes sociais com 14, 11 e 10 membros, respectivamente. José tem 60 anos e sua rede social, além de ter sido reduzida por um desgaste com o passar do tempo, é reflexo de uma evitação de contato social em função da doença, tópico que será explorado mais adiante. Januário passou muitos anos na diáspora, restabeleceu-se em Cabo Verde na década de 2000. Além de muitas relações terem sido enfraquecidas e desativadas a partir do processo de migração, muitas outras foram rompidas em função da AIDS e do problema da toxicodependência<sup>139</sup>. Esse pequeno extrato da fala de Januário é bastante elucidativo:

Januário (Portador 11): “A minha vida social, antes do diagnóstico de infecção por HIV...era uma vida desregrada. Eu era toxicodependente e o Dr. deve imaginar como é a vida de um toxicodependente: os amigos são incertos, a cada momento você tem um tipo de amigo basta que alguém chegue com dois, três, quatro ou cinco euros, ou então te pague uma bebida, ou te oferece uma pedra de crack. Os amigos eram assim você tem-nos hoje mas amanhã você já não pode contar com eles. (...)Eu tinha bons amigos mas aos poucos, por causa de minhas fraquezas, começaram a se

---

<sup>139</sup> Na nossa amostra este entrevistado é o único que assume publicamente o seu *status sorológico*. É toxicodependente em abstinência e umas das características desse problema é a ruptura do laço social.

afastar de mim e no fim eu me sentia como se estivesse num mundo feito de “puzzle” onde a única peça que havia sobrado era aquela sobre a qual eu estava. A situação ficou pior quando descobri que estava infectado, eu não tinha mais ninguém do meu lado, a não ser o pessoal de saúde no hospital e um irmão meu”.

Mas o fator migração não afeta apenas as redes daqueles que foram emigrantes e em algum momento retornaram e se estabeleceram no país de origem, como nos casos supracitados. Cabo Verde é um país cuja cultura migratória é antiga, tanto na componente inter-ilhas como na componente internacional, representando um processo inerente à própria formação da sociedade cabo-verdiana. Os dados disponíveis em Cabo Verde apontam que os cabo-verdianos na diáspora superam em número os residentes no país e que quase todas as famílias cabo-verdianas têm um ou outro membro no exterior. Isso ficou confirmado no nosso estudo em que todos os entrevistados alegaram ter parentes no exterior, embora somente sete dos 12 entrevistados mantinham contato ativo e podiam contar com eles no enfrentamento do HIV, como ilustra a tabela 5. No entanto, poucos relacionamentos são mantidos com pessoas que vivem no exterior (o número de relações varia de 1 a 3).

**Tabela 5 – Características das redes sociais dos entrevistados de acordo com a localização geográfica<sup>140</sup>.**

Entrevistado	Numero de pessoas da rede que moram na Ilha de Santiago			Pessoas da rede que moram em outra Ilha	Pessoas da rede que moram em outro país	Total de membros da rede
	Pessoas da rede que moram no mesmo município <sup>141</sup>		Pessoas da rede que moram em outro município			
	Mesmo bairro	Outro bairro				
1	2	13	3	0	0	18
2	2	8	0	1	1	12
3	4	3	1	0	2	10
4	6	5	0	0	1	12
5	5	12	2	1	0	20
6	8	3	0	0	3	14
7	6	6	1	0	0	13
8	2	11	0	0	0	13
9	0	8	0	0	2	10
10	6	9	0	0	1	16
11	2	3	6	0	0	11
12	1	8	2	0	2	13
<b>Total</b>	44	89	15	2	12	162

**Fonte:** Levantamento direto

A emigração reduz a estabilidade e a continuidade dos relacionamentos e, nesse sentido, afeta o tamanho e a densidade da rede.

A densidade da rede se refere à extensão em que os membros da rede se conhecem uns aos outros (nível de proximidade entre os membros). O nível de densidade mais baixo encontrado foi de 31% e o mais alto de 89%, sendo a densidade média das redes 53%. Isso significa que as redes sociais egocentradas dos portadores do HIV/AIDS tendem a ser redes de malha média. O nível de densidade encontrado pode ser considerado razoavelmente bom, na medida em que ele não favorece a conformidade entre os membros da rede, uma vez que isso é típico e mais freqüente

<sup>140</sup> Preferimos, neste caso específico, apresentar os dados em frequências absolutas à apresentá-los em frequências relativas por serem valores numéricos muito pequenos.

<sup>141</sup> Dos doze entrevistados, apenas um não mora no município da Praia mas seus relacionamentos mais importantes no enfrentamento da AIDS foram estabelecidos com pessoas que moram no município da Praia.

nas redes de alto nível de densidade. Por outro lado, redes de malha frouxa (baixo nível de densidade) apresentam maior variação de normas o que torna o controle social e a assistência mútua mais fragmentados e com menor consistência.

Nossos dados sugerem que em geral os membros da rede estão concentrados na mesma área local em que vive o entrevistado, no nosso caso o município da Praia, como demonstra a tabela 5. À base de nossos dados, podemos colocar a hipótese de que a dimensão geográfica e demográfica da cidade da Praia<sup>142</sup>, a natureza e a extensão das redes de relações de parentesco e a centralização da maioria das instituições de serviço tornam as pessoas mais propensas a se conhecerem e, portanto, são fatores que explica, ainda que parcialmente, o nível de densidade encontrado.

Um número significativo de relacionamentos sociais importantes no enfrentamento do HIV é mantido com pessoas que não moram no bairro do entrevistado, embora morem em bairros próximos e de fácil acesso. Os relacionamentos sociais no mesmo bairro do entrevistado são preferencialmente mantidos com parentes e, em alguns casos, com vizinhos.

O mapeamento das redes por setores, de acordo com a orientação de Sluzki, demonstra que as redes são de distribuição localizada. A maioria dos relacionamentos sociais significativos no enfrentamento do HIV/AIDS é mantida na própria comunidade, com vizinhos (13,9%), e também com instituições de serviços sociais e de saúde, mas particularmente ONGs e associações voluntárias com atividades em HIV/AIDS (9,1%) e serviço público de saúde (16,3%)<sup>143</sup>, como ilustra a tabela 6.

---

<sup>142</sup> O município da Praia tem aproximadamente 120 mil habitantes, uma população considerada bastante pequena quando comparada com a da maioria dos municípios brasileiros. No entanto, por ser onde está a capital, a população é bastante flutuante.

<sup>143</sup> Dentro da categoria serviços públicos de saúde, a maioria dos relacionamentos sociais ativos é mantida com os profissionais de saúde. Na maioria dos casos o médico do portador entrevistado foi

**Tabela 6. Classificação dos membros das redes sociais dos entrevistados de acordo com os sectores de sociabilidade.**

Entrevistados	Família (%)	Amigos (%)	Colegas de estudo ou trabalho (%)	Relações comunitárias, de serviço ou de credo (%)				
				Associações voluntárias ou ONGs	Serviços de saúde		Vizinhança	Igreja
					Pacientes HIV+	Profis. Saúde		
1.	44,4	11,1	0,0	11,1	5,5	27,8	0,0	0,0
2.	58,3	16,6	16,6	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0
3.	70,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0	0,0
4.	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	0,0
5.	10,0	15,0	20,0	30,0	0,0	10,0	15,0	0,0
6.	50,0	14,3	0,0	0,0	0,0	7,14	28,6	0,0
7.	23,1	23,1	7,7	7,7	0,0	15,4	23,1	0,0
8.	23,1	23,1	7,7	15,4	7,7	23,1	0,0	0,0
9.	40,0	20,0	10,0	0,0	0,0	30,0	0,0	0,0
10.	31,3	25,0	12,5	0,0	0,0	18,8	12,5	0,0
11.	27,3	18,2	0,0	45,5	0,0	9,1	0,0	0,0
12.	53,8	15,4	15,4	0,0	0,0	7,7	7,7	0,0
<b>Média</b>	<b>35,9</b>	<b>17,2</b>	<b>7,5</b>	<b>9,1</b>	<b>1,1</b>	<b>15,2</b>	<b>13,9</b>	<b>0,0</b>

**Fonte:** Levantamento direto.

Este setor corresponde ao terceiro quadrante do mapa de rede de Sluzki e representa no seu conjunto 39,3% dos relacionamentos significativos. Esse dado deixa claro que um número significativo de relacionamentos sociais importantes é estabelecido após o conhecimento do diagnóstico, a partir da inserção do portador nas instituições de tratamento e organizações de serviço contra a AIDS, o que põe em relevo o papel do HIV e da AIDS na reorganização e manutenção das relações sociais. Ou seja, contrariamente a algumas tendências apontadas na literatura, sobretudo na psicologia clínica, que colocam a ênfase na ruptura do vínculo social, o HIV/AIDS pode ser considerado como uma forma de vínculo social: muitos relacionamentos sociais importantes são recriados, se nutrem ou se renovam a partir da própria experiência doença. Isso é especialmente verdade se observarmos o percentual de

---

incluído na sua rede de relações significativas, talvez por ser uma representação simbólica da cura. A relação com outros pacientes representa apenas 1,1%, como se pode observar a partir da tabela 6.

relacionamentos sociais ativos mantidos com parentes (35,9%), o que sugere que em épocas de crise, seja ela de qualquer natureza, mas especialmente em situações de doenças e epidemias, os indivíduos tendem a apelar para suas redes de solidariedade, fazendo da doença o ponto de partida para a reestruturação e redefinição das relações sociais.

No entanto, nossos dados sugerem que poucas amizades são estabelecidas após o diagnóstico, aliais uma análise qualitativa dos dados sugere que nesse círculo de sociabilidade muitos laços sociais são desativados e novos contatos são evitados.

A relação com parentes, como se pode observar a partir da tabela 6, representa um número significativo de relacionamentos percebidos como importantes no enfrentamento do HIV (35,9%). Embora não calculamos a densidade separada para cada setor da rede, a maioria dos relacionamentos sociais ativos nas redes de parentesco é mantida na família nuclear, sobretudo com a mãe e irmãos, o que se traduz num nível de densidade relativamente alto neste setor. As relações são excepcionalmente mais íntimas quando comparadas com outros setores: 82% das relações mantidas com parentes são de fórum íntimo e 18% correspondem a relações pessoais com menor grau de compromisso<sup>144</sup>. Isso explica por que é difícil manter o diagnóstico em segredo quando um dos parentes da rede conhece o status sorológico do entrevistado.

O número de relacionamentos sociais mantidos com amigos representa 17,2% das relações sociais percebidas como significativas; As amizades são também predominantemente de tipo íntimo, representando 53,6% das relações na rede de

---

<sup>144</sup> As relações foram classificadas em três níveis, “relações íntimas”, “relações com menor grau de compromisso” e “relações ocasionais”, como sugere Sluzki (1997), de acordo com o grau de proximidade e/ou distância dos membros da rede em relação ao entrevistado. Para avaliar o grau de distância/proximidade, consideramos dois critérios: frequência dos contatos e o grau de envolvimento sentimental.

amigos<sup>145</sup>.

Apenas 7,5% dos relacionamentos sociais importantes são mantidos com colegas de trabalho e/ou estudo. Neste setor, 30,8% das relações são íntimas e 69,2% são relações com menor grau de compromisso. Portanto, os dados corroboram a tese, bem defendida na literatura sobre redes sociais, de que o parentesco e amizade são os tipos mais importantes de relação social primária. O fato de poucos relacionamentos sociais importantes serem mantidos com colegas de estudo e/ou trabalho pode ser explicado pelo perfil socioeconômico de nossa amostra: dos doze entrevistados, metade é desempregado, embora antes da doença tivesse ocupação informal; um trabalha como empregada doméstica, um trabalha como vendedor ambulante, um é aposentado, um é estudante universitário, um é funcionário do Estado. Portanto, o local de trabalho não representa para a maioria dos nossos entrevistados uma fonte real ou potencial de amizades. O fato, também, de metade da nossa amostra ter interrompido os estudos no ensino fundamental reduziu as oportunidades para os nossos entrevistados estabelecerem relacionamentos formais externos a partir do local de estudo ou formação.

Talvez devido ao pequeno tamanho da rede, observaram-se muito poucos casos de superposição das categorias “amigos” e “vizinhos” e como uma análise qualitativa sugere que as relações de vizinhança são mais expressivas e antecedem as de amizade, esses casos foram enquadrados na categoria “vizinhos”. Nossos dados indicam, portanto, que as redes sociais egocentradas dos entrevistados são predominantemente *simplexas*<sup>146</sup>, ou seja, os membros da rede desempenham funções distintas e

---

<sup>145</sup> As relações com menor grau de compromisso representam 46,4% das relações, na rede de amigos.

<sup>146</sup> O termo é usado em contraposição ao termo *multiplex* usado por Gluckman (citado em Bott, 1976:280) para caracterizar redes cujos membros desempenham simultaneamente várias funções/papéis. Sluzki (1997) designa as redes multiplexas de multidimensionais.

demarcadas.

Os dados apontam que há poucas referências de contaminação por AIDS na rede social dos entrevistados. Em média 8,1% dos membros das redes dos entrevistados são portadores do HIV/AIDS e 45,7% das relações mantidas com esses portadores ocorrem a partir do contato com associações voluntárias e ONGs. As ONGs e associações voluntárias em Cabo Verde, a maioria associações de tipo intermediário<sup>147</sup>, têm sido, portanto, o espaço por excelência onde relações com outros soropositivos são mantidas. Um fato importante é que 5/6 dos nossos entrevistados mantêm contato com ONGs ou associações que prestam serviços em matéria de HIV/AIDS, ainda que na maioria dos casos esse contacto seja individual e anônimo. Estar vinculado a algum tipo de associação que apóia portadores de HIV e/ou AIDS, ainda que essa associação não represente espaço de sociabilidade das pessoas que vivem com o HIV/AIDS desempenhando fundamentalmente atividades do tipo assistencial<sup>148</sup>, aumenta a probabilidade de se entrar em contato com outro portador. Consideramos como Pollak, que o conhecimento pessoal de uma pessoa portadora do HIV e/ou AIDS, e mais do que isso, manter relações sociais importantes com ela, é não só “o motor mais potente para uma tomada de consciência que precede a adaptação comportamental” como crê o autor (1990:68), mais também o maior impulsionador para a construção de identidades coletivas e para a organização de resistências contra a discriminação (e conseqüente luta por reconhecimento).

Nosso dados evidenciam que na rede parentes e amigos o número de pessoas portadoras de HIV/AIDS é insignificante representando 1,7 e 1,6%, respectivamente.

Poucos relacionamentos sociais informais são mantidos com soropositivos nos

---

<sup>147</sup> Ou seja não são associações que trabalham exclusivamente com a problemática do HIV/AIDS.

<sup>148</sup> De todas as ONGs e associações voluntárias às quais se vinculam nossos entrevistados apenas uma representa espaço próprio de sociabilidade e onde as pessoas portadores cultivam a identidade.

serviços de saúde/local de consulta (apenas 1,1% das relações). Isso se explica pelo fato dos serviços (de saúde) de atendimento aos portadores estarem organizados de modo a garantir a confidencialidade e o anonimato e pela modalidade de atendimento terapêutico predominante que é basicamente o atendimento individual. Portanto, os serviços de saúde, pela forma como se estruturam e organizam não propiciam oportunidades para os portadores do HIV/AIDS estabelecerem e manter relações uns com os outros<sup>149</sup>. A partir da tabela 7 podem-se visualizar os dados supracitados.

**Tabela 7 – Membros da rede que são portadores do HIV/AIDS**

Entrevistados	Família (%)	Amigos (%)	Colegas de estudo ou trabalho (%)	Relações comunitárias, de serviço ou de credo (%)			Total %	
				Associações voluntárias ou ONGs	Serviços de saúde			Vizinhança
					Paciente	Profis. Saúde		
<b>1.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>5,9</b>	0,0	0,0	<b>5,9</b>
<b>2.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>3.</b>	<b>20,0</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>20,0</b>
<b>4.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>5.</b>	0,0	<b>10,0</b>	0,0	<b>20,0</b>	0,0	0,0	0,0	<b>30,0</b>
<b>6.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>7.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>8.</b>	0,0	0,0	0,0	<b>15,4</b>	<b>7,7</b>	0,0	0,0	<b>23,1</b>
<b>9.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>10.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>11.</b>	0,0	<b>9,1</b>	0,0	<b>9,1</b>	0,0	0,0	0,0	<b>18,2</b>
<b>12.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>Média</b>	<b>1,7 %</b>	<b>1,6%</b>	<b>0 %</b>	<b>3,7%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>8,1</b>

**Fonte:** Levantamento direto

O fato de nossos entrevistados manterem, em média, pouco contato com outros portadores aliado a outras variáveis, tais como o baixo nível social e escolar da nossa amostra, a forma como se organizam os serviços nas instituições e organizações contra AIDS, o fato de as trajetórias de sociabilidade primária e secundária dos nossos

<sup>149</sup> Houve uma experiência piloto de atendimento de soropositivos em grupo, na Delegacia de Saúde da Praia, mas tal projeto não teve continuidade.

entrevistados se constituírem independentemente e sem que se cruzem umas com as outras, etc., explica um importante achado de nossa pesquisa: dos doze entrevistados apenas um conhece a Lei nº 19/VII/2007 que regula aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do HIV/AIDS e protege os portadores contra a discriminação.

Nossos dados também demonstram que, em média, a aproximadamente metade dos membros (50,3%) das redes dos sujeitos da amostra não conhece o status sorológico do portador entrevistado. Entre os que conhecem a condição do entrevistado, em média 14,2% são parentes, o que corresponde a aproximadamente 40% das relações ativadas nas redes de parentesco; 6,5% são amigos, o que equivale a 37% de todas as relações mobilizadas entre amigos; e, 4,2% das pessoas da rede que sabem que o entrevistado é portador são vizinhos. Entretanto e a partir da observação da tabela 8, pode-se constatar a existência de casos extremos em que todos os membros da rede conhecem o status sorológico do entrevistado, como o são os caso de Fabian (Portador 4) e Januário (Portador 11), e de situações em que na rede do entrevistado apenas o profissional de saúde que fez o diagnóstico sabe da sua condição, como nos casos de Edinho (Portador 6) e Augusta (Portador 12).

**Tabela 8 - Membros da rede que conhecem o status sorológico do entrevistado**

Entrevistados	Família (%)	Amigos (%)	Colegas de estudo ou trabalho (%)	Relações comunitárias, de serviço ou de credo (%)				Total
				Associações voluntárias ou ONGs	Serviços de saúde		Vizinhança	
					Paciente	Profis. Saúde		
1.	22,2	5,6	0,0	11,1	5,6	27,8	0,0	72,3
2.	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	58,3
3.	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0
4.	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	100,0
5.	5,0	10,0	0,0	30,0	0,0	10,0	0,0	55,0
6.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	7,1
7.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,4	0,0	15,4
8.	0,0	0,0	0,0	15,4	7,7	23,1	0,0	46,2

<b>9.</b>	<b>30,0</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>30,0</b>	0,0	60,0
<b>10.</b>	<b>6,3</b>	<b>18,8</b>	0,0	0,0	0,0	<b>18,8</b>	0,0	43,9
<b>11.</b>	<b>27,3</b>	<b>18,2</b>	0,0	<b>45,5</b>	0,0	<b>9,1</b>	0,0	100
<b>12.</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>7,7</b>	0,0	7,7
<b>Média</b>	<b>14,2</b>	<b>6,5</b>	<b>0,0</b>	<b>8,5</b>	<b>1,1</b>	<b>15,2</b>	<b>4,2</b>	<b>49,7</b>

**Fonte:** Levantamento direto

È no círculo das relações com as instituições e organizações que prestam serviço ao portador que mais frequentemente o status sorológico do entrevistado é conhecido: em 93,4% das relações que os entrevistados estabelecem em associações voluntárias e ONGs com intervenções em HIV/AIDS sua condição de portador é revelada.

Normalmente, com exceção das redes de parentesco onde a condição do portador pode ser revelada pelo próprio, pela equipe médica ou por outro parente próximo, é o portador que revela e informa aos membros da rede sobre sua condição<sup>150</sup>.

Apesar de, em média, apenas metade dos membros da rede saberem que o entrevistado é portador, este, ainda assim, conta com o apoio daqueles a quem ainda não revelou a sua condição. No entanto, como já observava Pollak (1995:104) “manter um diagnóstico em segredo impede a mobilização de apoio materiais e afetivos indispensáveis”. Isso ficou claro no nosso estudo em que constatamos que, frequentemente, o apoio mais efetivo vinha de pessoas da rede que conheciam o status sorológico do entrevistado.

A maioria de nossos entrevistados, embora prefira manter o diagnóstico em segredo quando se trata de informá-lo a amigos e colegas, considera que seria muito

---

<sup>150</sup>Vale lembrar que há aquelas situações em que os membros da rede descobrem o estado sorológico do entrevistado sem que este tenha necessidade de o revelar. Há que se considerar que metade da nossa amostra toma coquetel, alguns descobriram que estão infectados já numa fase avançada da doença. Nestas situações, os sintomas são, frequentemente, o signo que transmite a informação social sobre o status sorológico do paciente, ou seja, quando a pessoa portadora adoece, a informação sobre o estado sorológico “torna-se corporificada”, utilizando a expressão de Goffman (1988).

mais fácil enfrentar a problemática do HIV/AIDS ao lado de parentes e amigos. Esses pequenos trechos da fala de portadores entrevistados são bastante elucidativos:

Noêmia (Portador 3): “Prefiro enfrentar esse problema com o apóio dos meus parentes e amigos mais próximos a ter que passar por isso sozinha; mas, nem todo o mundo aceita isso numa boa, há casos até que mesmo os parentes te rejeitam, por isso não quero correr esse risco”.

Samara (Portador 5): “O que eu mais temo hoje é que as pessoas apontem o dedo para os meus filhos dizendo tua mãe é isso, tua mãe tem AIDS. Isso realmente me preocupa. Às vezes penso em tirar os meus filhos daqui; vou fazer tudo o que puder para daqui a alguns anos tirá-los, para que as pessoas não lhes digam nada sobre a minha condição, pois eu não sei como eles reagiriam”.

Nadezda (Portador 3): “Eu sei que minha família mesmo que soubesse que estou infectada jamais me abandonaria. Não contei à minha mãe porque sei que ela ficaria muito triste. Depois ela vive no exterior, se eu contasse não poderia saber qual a reação dela”

Albertina (portador 10): “Discriminação eu posso vir a sofrer se contar para as pessoas que sou portadora do HIV, se resolver assumir publicamente minha condição, sei que posso sofrer algumas conseqüências mas não por parte das pessoas próximas, que somos amigas. Essas, eu sei que nunca vão me tratar com diferença, nunca vão me discriminar.”

Noêmia, como pode ser constatado a partir da observação da tabela 8, não revelou sua condição à família, nem a amigos e colegas, mesmo acreditando que o enfrentamento da doença seria mais fácil com o apoio afetivo e efetivo da sua rede social próxima. Viver é navegar na e pela existência. Mas, se a navegação no oceano é precisa, nos dois sentidos que se podem atribuir ao termo, como criam os marinheiros

no século XV<sup>151</sup>, a navegação pela existência é completamente contingente e incerta e comporta riscos. A fala de Noêmia, que é representativa de muitos outros portadores, expressa a recusa em aceitar os ricos em que implica “viver com a AIDS”

Na rede de parentes, Samara só revelou sua condição sorológica à irmã e Nadezda apenas aos irmãos. No primeiro caso o entrevistado teme a reação dos filhos e no segundo caso foi para poupar a mãe do sofrimento. Mesmo reconhecendo a importância da relação com a mãe, que constitui o principal esteio afetivo e a partir da qual importantes apoios são mobilizados, a maioria dos entrevistados não informa à mãe sobre sua condição não por medo de sentimentos de rejeição, mas para poupá-la do sofrimento. Um dado que chama atenção é que o pai está ausente em dez das doze redes sociais egocentradas que foram reconstituídas, apesar dos sujeitos da nossa amostra serem majoritariamente jovens.

Albertina, na sua rede de parentesco, só revelou sua condição à mãe. A dúvida em relação a como as pessoas a receberão nas relações a partir do momento que sua condição de portadora for revelada é a principal motivação para guardar o diagnóstico em segredo. Esta dúvida é extensiva à maioria dos entrevistados. No entanto, existem poucas referências de discriminação por parte dos entrevistados (mesmo porque a maioria mantém segredo em relação ao diagnóstico) e quando existem se referem aos próprios membros da rede, como pode ser observado nas seguintes falas:

Samara (Portador 5): “Minha cunhada, vive com o meu irmão, sempre que vou para casa deles percebo diferença na forma como me trata. No almoço, por exemplo, ela não mistura a louça; serve-me sempre no mesmo prato e as talhares que eu uso ninguém mais as usa, tenho certeza”.

---

<sup>151</sup> Os marinheiros no século XV diziam que navegar é preciso, mas viver não é preciso: O termo tem pelo menos dois sentidos: necessário e inevitável; e, exacto e certo.

Verônica (Portador 8): “A minha mãe, eu me lembro, na época que meu parceiro morreu, ela disse-me que toda a vizinhança fazia comentários e insinuações sobre mim e se eu realmente estava infectada para separar as minhas coisas (Pratos, talheres, etc.) Isso me magoou muito. Até hoje eu não falo com ela sobre o meu problema (AIDS) e nunca lhe confirmei que sou portadora. Ela apóia em muita coisa, no cuidado com o meu filho, ajuda financeira, quanto a isso eu não tenho do que queixar, mas em relação ao outro assunto (AIDS)...eu não lhe digo nada”.

Miriam (Portador 1): “Eu tenho uma irmã que desconfia do meu problema, eu acho que ela sabe, mas eu mesma nunca lhe contei, porque sei que ela não é capaz de guardar segredo. Quando adoeci, e mesmo antes que contasse a alguém sobre o meu problema, ela foi visitar-me ao Hospital e quando sai de lá, disseram-me que ela e outra amiga minha começaram a espalhar que eu estava infectada. Depois quando fui para casa, da nossa mãe, eu percebi que seus filhos evitavam o meu, tratavam-no com diferença, como se tivessem sido orientados por ela”.

Esses exemplos, embora não sejam extensivos à maioria dos entrevistados, são reveladores da existência de conflitos no interior das redes, mostrando o caráter ambivalente de algumas relações sociais significativas que o portador entrevistado mantém na rede de parentes. Nos dois casos a tensão é gerada pela desinformação em relação ao modo como se transmite o vírus HIV.

Na rede de amigos, não existe nenhuma referência explícita à discriminação, mas as entrevistas revelam que relações sociais importantes foram desativadas ou desencorajadas em função do HIV/AIDS, como demonstram os seguintes excertos:

Samara (Portador 5): “Mas, apesar de ter me aproximado mais dos meus amigos, muitos fugiram quando ouviram dizer que meu parceiro morreu de AIDS, sobretudo aqueles que eram amigos do meu falecido. Alguns até hoje passam por mim e não cumprimentam, mas eu não ligo, minha saúde não depende de um “olá” ou “Bom dia” deles.”

Fabian (Portador 4): “Eu, antes deste problema, tinha

muitos amigos, recebia muitas visitas em casa, tinha boas relações sociais, mas agora não tenho tantos amigos quanto antes, pouca gente me procura, poucos me convidam para sair, muitos têm medo de freqüentar a minha casa e quando o fazem se recusam a comer ou beber em minha casa”

Miriam (Portador 1): “Tem uma rapariga, nós éramos amigas, muito amigas mesmo, andávamos sempre grudadas. Não sei se ela sabe do meu problema (HIV/AIDS), eu não contei mas...o Sr. Sabe às vezes as pessoas, mesmo sem ter certeza, começam a falar de coisas que não sabem. Bom, só se que ela me procurava sempre, perguntava sempre por mim, mas de repente começou a afastar-se, a evitar-me, não sei por que”.

Ainda que esses relatos não possam ser generalizados, todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que a sociedade cabo-verdiana não é receptiva ao portador e que, portanto, existe discriminação. Mesmo sem que muitos tenham passado por uma experiência efetiva de discriminação, um fenômeno de antecipação, já descrito por Pollak (1990), leva muitos portadores entrevistados a prever reações de discriminação e a evitar contatos sociais em função disso. Fragmentos da fala de alguns entrevistados são bastante esclarecedores:

Noêmia (Portador 7): “Deixei de sair com muitos amigos, deixei de procurá-los, afastei-me mesmo deles antes que descobrissem o meu problema. Quando eles me interrogam sobre porque ando tão distante eu digo que é por causa da criança cujo cuidado me toma todo tempo.”

Nadezda (Portador 3): “Amigos, eu tenho, mais depois que descobri que sou soropositiva, não que eu tenha deixado de lhes dar importância, mais fiquei um pouco mais acanhada, não sei por que, mas comecei a afastar-me mais deles. Talvez porque ainda não quero que eles descubram”.

A evitação de contato social pode ser interpretada como uma estratégia para controlar a informação sobre estado sorológico reduzindo o risco potencial da

discriminação. É, ao mesmo tempo, um mecanismo psicológico de defesa contra a angústia em relação ao risco/ameaça de rejeição inerente a cada nova relação, risco esse que é superestimado pelo portador. Isso ficou patente em duas entrevistas em que se observa uma tendência a supervalorizar e idealizar as amizades muito recentes, o que pode ser interpretado como um mecanismo de negação do risco potencial de exclusão imaneente à própria relação. É o caso de Verônica cujas amizades representam 23,1% do total dos seus relacionamentos sociais significativos e 100% das amizades haviam sido estabelecidas há quatro meses à data da entrevista. A essas amizades Verônica atribui um significado que uma análise qualitativa e cuidadosa da entrevista sugere ser fantasiosa.

Mas, apesar dos nossos dados sugerirem a existência de uma percepção comum da discriminação e, em alguns casos, de sentimentos de desapontamento pessoal, sobretudo por parte daqueles que alegam ter sido vítimas efetivas da discriminação, essas experiências não constituem, no plano das sociabilidades primárias públicas, um impulso motivacional para a organização coletiva e luta por reconhecimento. De acordo com Honneth (2003), essas experiências de desrespeito, que no nosso caso procedem de atos de discriminação, só podem tornar-se a base motivacional de resistência coletiva quando o sujeito é capaz de articulá-las “num quadro de interpretação intersubjetivo que os comprova como típicos de um grupo inteiro” (2003:258). Os nossos achados evidenciam que as redes reconstituídas através das entrevistas não se interagem e influenciam, o que torna mais difícil e problemático o surgimento de ações coletivas. Das doze redes reconstituídas, em apenas dois casos há redes que se intersectam: Miriam e Verônica se conhecem e são amigas, embora uma não conheça os amigos e parentes da rede da outra; Samara e Januário se conheceram numa associação e são amigos, e têm amigos comuns que freqüentam a mesma

associação.

Nossos dados apontam, também, para a existência de fatores de natureza idiossincrática que afetam as redes dos entrevistados. Poderíamos citar vários exemplos, mas consideramos os casos de Martha e José os mais ilustrativos:

Martha (Portador 8): “Eu já tinha dificuldade de fazer amizades, com o HIV ficou ainda mais difícil. Minha vida social ficou muita restrita. (...) Não sei...eu acho que pus isso na cabeça, que depois que me tornei soropositiva as pessoas não gostam de mim como antes. É que fiquei com vergonha de muita gente e comecei também a me afasta”

José (Portador 9): “Eu, na vizinhança, não tenho bons relacionamentos; falo com poucos vizinhos e é aquele tratamento bem distante. Eu não sou uma pessoa de falar muito, eu sou no meu canto”.

No entanto só um exame mais profundo e com auxílio de mais dados poderíamos elucidar a dimensão e extensão da influência desses fatores.

No que tange ao que circula no interior das redes, a análise do material recolhido evidencia um sistema de trocas baseado na dádiva. Os bens que circulam são fundamentalmente, serviços (sobretudo ajuda no cuidado com as crianças), apoio emocional, apoio informativo, conselhos, visitas, expectativas, ajuda material (bens materiais, dinheiro, gêneros alimentícios). Estes bens circulantes constituem verdadeiros dons, dado ao seu caráter simbólico: embora a circulação esteja fundamentalmente voltada para garantir a sobrevivência material dos entrevistados, considerando que muitos dos sujeitos da amostra vivem em condições materiais de existência bastante precárias, a retribuição àquilo que é doado pelos membros da rede aparece, freqüentemente, não na forma de um presente material ou ajuda de serviços, mas na forma de reconhecimento e gratidão. No entanto, e particularmente com relação à rede de parentesco, observamos um modo de circulação de expectativas

baseado em um circuito de reciprocidade assimétrica<sup>152</sup>, como ilustram os trechos das entrevistas selecionadas:

Martha (Portador 2): “Meu pai, a nossa relação é razoavelmente boa. Ele, desde que soube que sou soropositiva, não me apoiou em nada. Ele fala comigo sobre o assunto, dá-me conselhos, mas apoio mesmo ele não me dá e ele tem uma situação econômica relativamente boa”.

Verônica (Portador 8): “Na minha família eu não conto com ninguém, não tenho confiança para chegar a qualquer elemento e falar sobre esse assunto. Minha mãe, meu tio, minha irmã, conto com eles nos cuidados com o meu filho e na assistência à doença, sobretudo em situações de internação. (...) Minha mãe, dou-lhe todo o amor, mas ela a cada momento trata-me de um jeito. Ela sabe que nesse momento eu preciso mais dela do que ela de mim, mas porque não estou a trabalhar ela trata-me de um jeito diferente”.

Miriam (Portador I): “A minha mãe é “lascada”<sup>153</sup>, ela não tem para me dar. Lamento ela não estar na mesma situação do meu pai, pois este tem uma situação econômica boa, pode me ajudar mas não o faz. (...) Às vezes se eu preciso de minha mãe para alguma coisa, ela está aí para me ajudar, quando eu saio e não tenho onde deixar as crianças, deixo-as com ela e sempre que tenho alguma coisa ou um dinheirinho eu divido com ela”.

Os dois primeiros trechos indicam claramente que há um modo de circulação que se assenta na troca de dádivas, embora os dons trocados tendem a ser percebidos como dádivas menores pelos portadores entrevistados. Dadas às condições de pobreza em que se encontra a maioria dos nossos sujeitos, aliado à experiência da doença e às

---

<sup>152</sup> A idéia de reciprocidade é central nas discussões sobre o dom. A obrigação tripartite de dar, receber e retribuir, que caracteriza o circuito da dádiva não pode ser pensada em oposição à ideia de reciprocidade. A reciprocidade existe e é importante, mas constitui uma norma secundária nos sistemas de dádiva. A dádiva retribuída difere sempre – e normalmente é mais importante – do dom inicial. Neste sentido, o dom baseia-se fundamentalmente num sistema de reciprocidade assimétrica e é este aspecto que afasta o sistema da dádiva do modelo de equivalência. Como observa Caillé (2006:31), “o dom existe enquanto aceita a possibilidade de uma falha na reciprocidade”. Por outro lado, existem formas de dádivas que não se fundam na reciprocidade. A dádiva a desconhecidos, modalidade de dádiva que caracteriza tipicamente as sociedades modernas, não obstante possa gerar retribuição, não se baseia em um sistema de reciprocidade.

<sup>153</sup> O termo usado na língua cabo-verdiana (crioulo) foi “coitado” que na linguagem popular, aqui no Recife, tem a conotação de lascado. Utilizamo-lo para designar uma pessoa muito pobre.

representações sobre a AIDS<sup>154</sup> como uma doença que incapacita para o trabalho, percebemos por parte dos entrevistados, como fica patente nos trechos supracitados, uma preocupação excessiva com interesses utilitaristas, relegando os aspectos simbólicos da troca e a sobrevivência afetiva para um segundo plano. Os portadores entrevistados se percebem como estando numa posição de “desvantagem” e, portanto, esperam a solidariedade de parentes e amigos, ou seja, a situação de vulnerabilidade causada pela doença e pela pobreza, e em que se encontram/percebem muitos portadores, faz com que criem a expectativa que a iniciativa da dádiva, entendida como doação, parta dos outros membros da rede e, ao mesmo tempo, eximi-os da obrigação da retribuição material.

Com relação às redes de amigos, não obstante sua importância na manutenção do vínculo social e na organização da solidariedade em relação ao portador, e apesar de evidenciarem, em alguns casos, um modo de circulação de dons igualitários de expectativas, não propiciam a construção de ações coletivas e de espaços públicos primários, devido ao fato de um significativo número de portadores preferir manter em segredo a informação sobre seu estado sorológico. Por outro lado, os relatos e as referências a situações de discriminação, que caracterizam mais tipicamente aqueles setores da rede onde um número maior de membros possui informações sobre o estado sorológico do portador, testemunham a existência de um modo de circulação de dons desiguais de prestígios/reconhecimento e de expectativas identitárias entre o entrevistado e alguns membros da rede. O segredo, a desconfiança e o medo de ver

---

<sup>154</sup> Não foi nosso intuito analisar as representações sociais sobre a AIDS. Porém, nossos dados indicam uma certa desmotivação para o trabalho em função da AIDS, sobretudo por parte daqueles que antes da doença desempenhavam alguma atividade econômica e que interromperam alegando não ter condições de saúde para continuar tal atividade. Percebemos que apesar de que muitos tomam anti-retrovirais, a preocupação excessiva com a doença e a representação da AIDS com uma doença grave e incapacitante, desmotiva os entrevistados para o trabalho. Mas esse aspecto deverá ser mais explorado, caso esse estudo tenha desdobramentos.

revelada sua condição de portador e sofrer eventuais discriminações, enquanto dons que circulam, desencorajam qualquer tentativa de formação de grupos mistos<sup>155</sup>. Os portadores entrevistados não conseguem se organizar coletivamente para reivindicar publicamente a dimensão identitária que consideram insuficientemente reconhecida.

Entretanto, um modo de circulação de dons baseado na reciprocidade igualitária e, portanto, em que o portador entrevistado e os membros da rede experimentam um reconhecimento mais efetivo, pode ser encontrado no círculo de amigos que são também portadores, como mostra o seguinte depoimento:

Verônica (Portador 8): “Antônia<sup>156</sup>, nós somos do mesmo bairro, eu a conheço desde criança, pois sua mãe vendia no mercado X<sup>157</sup> e eu ia lá comprar umas coisas, ela estava sempre lá ajudando a mãe. Depois que nos aconteceu isso, primeiro aconteceu comigo, um certo dia nos encontramos na consulta e ela perguntou-me se eu era aquela pessoa que comentavam no nosso bairro que tem AIDS; eu confirmei que sim, contei-lhe toda a minha história, como apanhei isso, e, para minha surpresa, ela disse que também tinha sido infectada pelo parceiro. Foi a partir daí que nos tornamos mesmo amigas. Ela já era minha amiga mas era uma relação diferente. Hoje nós somos muito mais do que amigas, nem mesmo com as minhas irmãs eu mantenho uma relação tão especial quanto a que tenho com Antônia. (...) A gente se dá muito bem, confia muito uma na outra, quando passamos algum tempo sem se ver, eu reclamo, digo para ela que temos que cuidar uma da outra, que uma não pode abandonar a outra, porque nós que somos iguais é que temos que nos ajudar”.

As trocas de dádivas que estruturam a relação de Verônica com outro portador, membro da rede, não visam apenas garantir a sobrevivência material e afetiva, mas satisfazer, primordialmente, demandas de reconhecimento de expectativas identitárias.

---

<sup>155</sup> Utilizamos a expressão em designação a um grupo composto não exclusivamente por pessoas soropositivas e com AIDS, mas por parentes, amigos, vizinhos e outras categorias de indivíduos que fazem parte da rede do portador mas que não têm necessariamente o mesmo *status* sorológico.

<sup>156</sup> Nome fictício de um portador que é membro da rede social significativa de Verônica.

<sup>157</sup> O nome do mercado foi omitido para não permitir a identificação da pessoa.

Uma análise qualitativa dos dados aponta que alguns entrevistados compreendem o significado e as implicações de uma associação para as pessoas soropositivas e com AIDS, como mostram os seguintes depoimentos:

Fabian (Portador 4): “ Já me convidaram uma vez para participar de uma reunião com PVHIV/AIDS; Eu acho assim, uma associação de portadores é muito importante porque a gente precisa de um lugar onde possamos compartilhar com os outros os nossos problemas, compartilhar com pessoas que tem outras experiências sobre isso, que estão na mesma situação. Eu acho que lá a gente se sentiria mais livre. Agora, eu me sentiria à vontade se o encontro fosse anônimo, sabes...tem muita gente que ainda não está preparada para ver sua condição vir à público. (...) Esses encontros que depois são noticiados, ou aqueles em que você encontra pessoas que não têm a mesma situação que você, nesses, eu prefiro não participar”.

Samara (Portador 5): “ A gente não precisa fechar-se em si mesmo, claro, também, não precisamos sair por aí dizendo que somos soropositivos; eu mesma não estou preparada para assumir publicamente que sou portadora. Eu tenho pai, mãe e irmãos que, tenho certeza que não agüentariam o susto se os revelasse minha situação. Mas me sentiria alegre se tivesse mais amigos soropositivos com quem pudesse falar, desabafar, encontrar sempre, ajudar e ser ajudado, falar sobre o que nos aflige, enfrentar juntos essa luta. Sabe, quando a gente é soropositivo, a gente tem menos colegas, menos amigos, menos família, né?, às vezes a pessoa fica isolada mesmo. (...) Nós que somos portadores podemos fazer muita coisa, podemos mudar muita coisa, se nos unirmos, erguermos a cabeça e encararmos a vida de frente, mas não é para uns darem à cara e os outros se esconderem, é nos unirmos todos. Nós podemos não só mudar a nossa situação mas começar a ver as coisas diferentes: ver que ser soropositivo não é um bicho-de-sete- cabeças, não é o fim do mundo”.

“(...) Nós que somos portadores não precisamos fugir ou nos esconder de outro portador. Sempre que for possível ajudar um companheiro, temos que sair do armário, fazer um esforço, correr o risco de assumir nossa identidade perante essa pessoa, doutra maneira não conseguiremos lhe ajudar”.

Januário (Portador 11): “Uma associação de portadores é como se fosse a nossa embaixada que nos representa e defende nossos direitos. Mesmo que a sociedade nos dê às costas, na

associação nós nos sentimos amparados”.

Esses recortes de falas apontam para a necessidade de se criar círculos de solidariedade mais amplos que as redes de parentes somente não podem assegurar e que, portanto, impliquem em um modo de circulação de dons baseado na reciprocidade igualitária de reconhecimentos e expectativas. Além disso, evidenciam também, a partir da referência a um “nós”, a construção de identidades sociais.

Observa-se, a partir do trecho selecionado da entrevista realizada com Samara, uma intuição mais ou menos clara evidenciada por este portador que o estigma associado à AIDS e muitos outros problemas com que se depara um portador se colocam também, e de forma característica, na vida de outros portadores, de modo que as soluções devam ser buscadas não no horizonte subjetivo, mas intersubjetivo. A fala de Samara, entretanto, não se coloca de forma típica e representativa entre os sujeitos da nossa amostra, embora também não possa ser considerada um caso excepcional, já que existem relatos similares. Embora todos os portadores reconheçam a importância das associações voluntárias e ONGs na organização da solidariedade ao portador e na defesa dos seus direitos, a maioria mantém com ela uma relação que se define e caracteriza fundamentalmente a partir de interesses instrumentais: a associação é concebida e utilizada como um espaço/lugar onde se encontra apoio financeiro e material (cesta básica, ajuda em material escolar para as crianças, ajuda em material para implementação de atividades geradoras de renda, etc.). As associações não têm sido utilizadas, portanto, como espaços de sociabilidade onde se cultiva a identidade, elemento fundamental para a articulação política e a organização coletiva. Não obstante, *o valor de vínculo* da associação seja percebido por alguns, como demonstra o trecho supracitado da entrevista de Fabiam, o fato de não existir, em Cabo Verde,

associações formadas exclusivamente por pessoas soropositivas e com AIDS, o medo de ver revelada sua condição de portador e a dificuldade de se manter o anonimato em muitas das ONGs existentes com intervenções em HIV/AIDS são os principais constrangimentos enfrentados pelos portadores, como ilustram os seguintes fragmentos das entrevistas:

Martha (Portador 2): “Há muitas instituições que apóiam pessoas com HIV e/ou AIDS, mas a gente fica com medo, porque nem sempre mantêm o segredo. O pessoal fica sabendo e comentam com as pessoas de fora. Você sente até no olhar quando você chega lá, você sente a diferença, você fica com vergonha e acaba não voltando mais”.

José (Portador 9): “Fazer parte de uma associação de portadores de HIV e/ou AIDS, na cidade da Praia, pode ser um constrangimento. O Sr. Sabe...as pessoas ficam a falar, olha o fulano de tal, ele está naquela associação, ele tem isso, e a pessoa fica totalmente estigmatizada”.

Edinho (Portador 6): “Eu não conheço outras pessoas portadoras. Às vezes encontro algumas na consulta, sento, espero a minha vez, às vezes troco umas palavrinhas com elas, mas não posso perguntar se alguém é isso ou aquilo. Esse é um problema nosso, temos medo de falar sobre isso, eu acho que o que falta mesmo é a confiança”.

Portanto, o nosso material sugere que as pessoas soropositivas e com AIDS apontam para a necessidade de se criar associações baseadas no status sorológico e reconhecem sua importância como um poderoso instrumento para veicular suas demandas e reivindicações, mas a criação prática dessas associações é dificultada pelo medo das pessoas serem estigmatizadas e marginalizadas em função da AIDS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo versou sobre o papel das redes sociais egocentradas na organização da solidariedade em relação ao portador do HIV e/ou AIDS.

Consideramos que a pequena dimensão da amostra é uma das limitações mais patentes desse estudo. Nossa preocupação central não foi utilizar estatísticas amostrais para estimar parâmetros populacionais, uma vez que este estudo se fundamenta numa proposta metodológica de orientação exploratória qualitativa; portanto, o critério da representatividade numérica não é relevante. Entretanto, considerando que também nos propusemos a fazer uma análise descritiva dos resultados, o tamanho da amostra constitui-se num elemento embaraçador para descrever algumas características das redes (como por exemplo, a densidade das redes por setores). O tamanho da amostra deve-se à dificuldade que tivemos no acesso aos informantes.

Outra limitação do nosso estudo prende-se com o perfil da nossa amostra: o baixo nível social e escolar da amostra se traduziu numa dificuldade, não generalizada, porém bastante expressiva, para avaliar os sentimentos dos entrevistados em relação aos membros da rede, limitando a análise qualitativa dos aspectos simbólicos das trocas no interior das redes.

A partir dos resultados obtidos, e considerando as limitações dessa pesquisa, é possível fazer as seguintes considerações:

Se o vírus da AIDS propaga-se de acordo com a lógica das redes, passando de uma rede de trocas para outra, como assinala Pollak (1990), os dados recolhidos no presente estudo sugerem que as respostas ao HIV/AIDS são, também, muito mais eficazes e efetivas quando se articulam e se estruturam a partir de redes. Em Cabo

Verde, existem experiências de organização em rede, tanto a nível das organizações da sociedade civil, quanto a nível da cooperação internacional, que moldam e condicionam a forma através da qual a sociedade cabo-verdiana tem respondido à epidemia do HIV/AIDS. No entanto, a organização das pessoas soropositivas e com AIDS em rede, constitui umas das fraquezas das respostas não governamentais e comunitárias à AIDS, em Cabo Verde. Apesar da existência de um programa multi-setorial deluta contra a AIDS que, entre outras atribuições, busca orientar e articular as iniciativas dos diferentes setores (público, privado e da sociedade civil) relativas à prevenção e ao combate ao HIV/AIDS, na prática as instituições intervenientes na resposta ao HIV/AIDS, governamentais e não-governamentais, demonstram um baixo nível de articulação e ações e serviços de apoio aos portadores um tanto fragmentados. A articulação, ainda deficiente, entre o setor estatal e as redes na esfera pública não-estatal constitui, a nosso ver, um fator que limita o papel do Estado na organização da espontaneidade e das ações de apoio aos soropositivos.

A análise do material recolhido evidenciou que, não obstante um número significativo de relacionamentos sociais importantes é estabelecido após o conhecimento do diagnóstico, a partir da relação com os serviços que apóiam e assistem às pessoas soropositivas e/ou com AIDS, as redes sociais dos portadores não se estruturam em padrões de sociabilidade que favorecem a construção de uma esfera pública. O fato de poucos (somente 8,1%) relacionamentos sociais significativos no enfrentamento da AIDS serem mantidos com portadores do HIV, aliado ao fato de a maioria das ONGs e associações voluntárias, às quais se vinculam os entrevistados e onde ocorrem cerca de 9,1% das relações sociais significativas não representarem espaços de sociabilidade onde as pessoas com HIV e/ou AIDS possam cultivar a identidade, desempenhando fundamentalmente atividades do tipo assistencial, constitui

um importante obstáculo para a construção de espaços públicos primários e para o surgimento de identidades coletivas.

Por outro lado, o desenho das redes sociais dos portadores entrevistados não evidencia áreas de superposição e entrecruzamento, o que aponta para um baixo potencial de estruturação de ações coletivas na medida em que estas surgem, como observa Scherer-Warren (citado por Acioli, 2007), de redes que interagem e se influenciam mutuamente. O segredo, a desconfiança e o medo de ver revelada sua condição de portador e sofrer eventuais discriminações, enquanto dons que circulam no interior das redes egocentradas dos portadores, desencorajam qualquer tentativa de organização coletiva. O baixo nível de organização e articulação das pessoas soropositivas e com AIDS além de não favorecer a criação de instrumentos para veicular suas reivindicações e canalizar suas demandas (associações), tem repercussões na qualidade de vida destas, já que a organização das PVVIH em rede permite uma maior difusão de informações sobre prevenção, acesso aos cuidados e promoção dos direitos das PVVIH.

No intuito de dar uma contribuição de caráter prático, e considerando que os resultados obtidos no presente estudo podem revestir-se de uma grande importância para a intervenção prática, deixamos algumas recomendações às instituições ou entidades responsáveis pela execução e implementação de políticas em matéria de HIV/AIDS:

Os órgãos responsáveis pela programação e implementação das ações de controle da AIDS devem estimular as práticas que favorecem a emergência de solidariedades entre as pessoas soropositivas e/ou com AIDS. Para tanto, é necessário que se adotem como estratégias (1) a criação de uma rede de organizações/instituições que ligue e articule as pessoas com HIV/AIDS a vários serviços, multiplicando seus

laços institucionais; (2) a reestruturação dos serviços de saúde e implementação de modalidades terapêuticas e de assistência psicossocial que permitam o reforço dos vínculos primários do portador, seja estimulando um maior envolvimento de parentes no tratamento, seja a partir da introdução da modalidade de terapêutica de grupos organizados a partir do status sorológico; (3) Criar mecanismos que assegurem a proteção das pessoas contra o estigma e a discriminação e/ou garantir sua efetividade, de modo a evitar constrangimentos para aqueles que queiram assumir publicamente seu estado sorológico e engajar-se na luta contra a AIDS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, Sônia. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. *Revista de Informática*. Londrina, v. 12, n. esp., 2007. Disponível em: <http://www2.uel.br/revistas/informacao/include/getdoc.php?id=650&article=232&mod e=pdf>.

ALPERT, Harry (1986). *Durkheim*. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Econômica.

ALTMAN, Dennis (1995). *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio De Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ.

ARAÚJO, I. I. M. de Pina (2005). *Caracterização da epidemia HIV/Aids em Cabo Verde: uma abordagem soro-epidemiológico no período de 1987 a 2002*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

ASSEMBLÉIA NACIONAL, REPÚBLICA DE CABO VERDE (2007) Lei n.º 19/VII/2007 de 26 de Novembro de 2007.

BANGNA, Cunhate Na (2007). *Características sócio-comportamentais relacionadas ao risco de transmissão do HIV em escolares de 15 a 24 anos, na Guiné-Bissau*. Dissertação (mestrado em saúde pública). Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/4/4/1244-nabangnacm.pdf>.

BARNES, J. (1987) Redes Sociais e Processo Político. In: Bela Feldman-Bianco (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global Universitária.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2006) *Boletim Epidemiológico*. Serviço de Vigilância Epidemiológica.

BOISSEVAIN, J. (1987) Apresentando “amigos de amigos: redes sociais, manipuladores e coalizões. In Feldman-Bianco (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas*, São Paulo: Global universitária.

BOLETIM OFICIAL REPÚBLICA DE CABO VERDE (2007). *III série*, número 13.

BOTT, Elisabeth (1976). *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.

CAILLÉ, Alain; (2002). Dádiva e associação. In: MARTINS, P. H. (org.). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Editora Vozes.

\_\_\_\_\_ (1998). Nem holismo nem individualismo metodológico: Marcel

Mauss e o paradigma da dádiva. In: *RBCS*, v. 13, n. 38, abr. 1998, p. 37-51.

\_\_\_\_\_ (2004). A sociedade mundial no horizonte. In: MARTINS, P. H.; NUNES, B. F. (Orgs). *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo.

\_\_\_\_\_ (2006). O dom entre o interesse e o “desinteressamento”. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária.

CAILLÉ, Alain.; GRAEBER, D. (2002). Introdução. In: MARTINS, P. H. (org.). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Editora Vozes.

CONGRESSO DA CPLP E A CRIAÇÃO DA REDE+PLP. (2008) Disponível em: <http://seres-vih-sida.bolgsport.com/2008/04/congresso-cplp-e-criao-da-redeplp.htm>

CCS-SIDA (2002). *I Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA 2002-2006*. Praia, Cabo Verde.

\_\_\_\_\_ (2006). *II Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA 2006-2010*. Praia, Cabo Verde.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção VIH/SIDA 2007-2010: um compromisso com o futuro*. Portugal. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

IVª CONFERENCIA DOS CHEFES DE ESTADO E DE GOVERNO DA CPLP (2002) *Declaração de Brasília*. Brasília, 31 de Julho e 1º de Agosto de 2002. Disponível em: <http://www.cplp.org/Admin/Public>

Iª REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (2008.). *Declaração da Praia*. Praia. Disponível em: [www.who.int/eportuguese/Declaracao\\_PRAIA\\_2008\\_Final.pdf](http://www.who.int/eportuguese/Declaracao_PRAIA_2008_Final.pdf).

DUVIGNAUD, Jean (1995). *A Solidariedade: laços de sangue, laços de razão*. Lisboa: Instituto Piaget.

CPLP (2008) *Epidemia do VIH nos Países De Língua Oficial Portuguesa: Situação actual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados*. Disponível em: <http://www.cplp.org/Files/Filer/cplp/ComunicacaoInfo/livrohivside.pdf>

ÉVORA, I. M. A. (2004). *Estudo sobre o comportamento de prevenção ao VIH/SIDA entre a população cabo-verdiana imigrada em Portugal: relatório parcial*. Lisboa.

FARR, R. M. (2000) Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). *Textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

FERREIRA, Cláudio V. de L. (2003). *AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com o HIV*. São Paulo: Lemos Editorial.

FONTES, B. (2004a). Capital social e terceiro sector: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. In FONTES, B.; MARTINS, P. H. (Org). *Redes Sociais e Saúde: Novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

\_\_\_\_\_ (2004b). Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de rede de saúde comunitária In FONTES, B.; MARTINS, P. H. (Org.) *Redes Sociais e Saúde: Novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

\_\_\_\_\_ (2006). Interfaces de combate/prevenção de AIDS e Tuberculose em Recife. In FONTES B.; MARTINS, P. H. (Org.) *Redes, praticas associativas e gestão pública*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

FONTES, B. (1997). *Redes de solidariedade e movimentos reivindicativos urbanos*. Congresso da LASA (Latin American Studies Association). México. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lasa97/fontes.pdf> Acessado em 23/02/08

FONTES, B.; EICHNER, K. (2004) A formação de capital social em uma comunidade de baixa renda. In: MARTINS, P. H.; NUNES, B. F. (ORG.) (2004) *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15.

FONTES, B.; MARTINS, P. H. (2004). A sociologia e a saúde: caminhos cruzados – Introdução. In FONTES, B.; MARTINS, P. H. (Org.) *Redes Sociais e Saúde: Novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

\_\_\_\_\_ (2006). Redes, práticas associativas e gestão pública: introdução. In FONTES B.; MARTINS, P. H. (Org.) *Redes, praticas associativas e gestão pública*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

GALVÃO, Jane (2000). *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34; 1ª edição.

GAVENTA, J. *Em direção a uma governança local participativa: seis propostas para a participação*. Disponível em: [http://www.ufpa.br/numa/mestrado2008/textos/Gaventa\\_1.pdf](http://www.ufpa.br/numa/mestrado2008/textos/Gaventa_1.pdf), acessado em 28/11/2008.

GODBOUT, Jacques T. (2004). Digressão sobre as redes e os aparelhos. " In FONTES, B.; MARTINS, P. H. (Org.) *Redes Sociais e Saúde: Novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

\_\_\_\_\_ (2002). Homo donator versus homo oeconomicus. In: MARTINS, P. H. (org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Editora Vozes.

GODBOUT, Jacques T. (Em colaboração com CAILLÉ, Alain) (1999). *O espírito da dívida*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas.

GOFFMAN, Erving (1988). *Estigma: notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: LTC Editora.

HONNETH, Axel (2003). *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34

LACERD, A. ET AL (2006). Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária.

LAVILLE, Jean-Louis (2001). Economia solidária: a perspectiva europeia. In: *Sociedade e Estado*, Revista semestral de sociologia da UNB, Volume XVI, número 1-2, Janeiro-Dezembro.

MACHADO, Lia Z. (2006). Dádivas, conflitualidades e hierarquias na Saúde. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária.

MARTINS, P. H. (2004a). As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: FONTES, B.; MARTINS, P. H. (Org). *Redes Sociais e Saúde: Novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

\_\_\_\_\_ (2004b). O Estado e a redistribuição dos bens de cidadania no contexto pós-nacional. In: MARTINS, P. H.; NUNES, B. F. (orgs). *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo.

\_\_\_\_\_ (2006). A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária.

MATOS, A. G. de (2003). *Organização social de base: reflexões sobre significados e métodos*. Brasília: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural – NEAD/Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável/Ministério do Desenvolvimento Agrário Editorial Abaré. Disponível em: <http://www.nead.org.br/download.php?form=.pdf&id=282>

MENESES, M. P. R. & SARRIERA, J. C. (2005). Redes sociais na investigação psicossocial. *ALETHEIA, Canoas*, nº 21, Jan./Jun.2005, P.53-67.

MERCKLÉ, Pierre. (2004). *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris. La Découverte

MINAYO, M. C de Sousa. O conceito de representação social dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). *Textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Política Nacional de Saúde: reformar para uma melhor saúde*. Praia, República de Cabo Verde. Disponível em: [http://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE\\_2020%20\(2\).pdf](http://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20(2).pdf)

MOREIRA, M. C. N. (2006). Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da

saúde: uma perspectiva socio-antropológica. In MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária.

OLIVEIRA, R. M. de (1998). A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Sup. 2): 69-78. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/kidengue2/orgservicos/textos/denguenoRJparticipacaopopular.pdf>

PLATAFORMA DAS ONGS DE CABO VERDE (2007). *Guia das ONGs de Cabo Verde*.

POLLAK, Michael (1990). *Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade.

PORTUGAL, Sílvia (2005). Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. *Comunicação apresentada ao Simpósio Família, Redes Sociais e Saúde*. Hamburgo, Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo. Disponível em: [www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/235/235.pdf](http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/235/235.pdf) , acessado em 02/03/08.

\_\_\_\_\_. *Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica*. Oficina do CES nº 271, Março de 2007. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271/271.pdf>

\_\_\_\_\_. (2006) Quanto vale o capital social? O papel das redes informais na provisão de recursos. In FONTES B.; MARTINS, P. H. (Org.) *Redes, praticas associativas e gestão pública*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

\_\_\_\_\_. (2004) "As mãos que embalam o berço: um estudo sobre as redes informais de apoio à maternidade". In *Estudos de sociologia: Revista do programa de sociologia da UFPE*. V. 10, nº1, 2, Jan./dez., Recife, Universidade federal de Pernambuco.

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA) Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007). *Situación de la epidemia de SIDA*. Disponível em: [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf) acessado em 21/10/08.

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA) Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2008. *África subsahariana: situación de la epidemia de SIDA, resumen regional*. Março, 2008. Disponível em: [http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1526\\_epibriefs\\_fricasubsahariana\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1526_epibriefs_fricasubsahariana_es.pdf).

RIBEIRO, K. S. Q. S. (2005). *Redes sociais e educação popular: aproximação teórica e mudanças na prática de educação popular em saúde*. V colóquio internacional Paulo Freire. Recife, 19 a 22 de Setembro de 2005. Disponível em:

[www.paulofreire.org.br/pdf.comunicacoes\\_orais/redes](http://www.paulofreire.org.br/pdf.comunicacoes_orais/redes) acessado em 25/02/2008.

RICOUER, Paul (2006). *Percurso do reconhecimento*. São Paulo: Edições Loyola.

ROCHA, Solange (2003). AIDS: uma questão de desenvolvimento? In Passarelli e tal (Org.). *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA.

SÁ, Celso Pereira de. *Núcleo central das representações sociais*. 2ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

SANCHES, Conceição A. (2006). *AIDS na rede: uma abordagem comunicacional*. Tese (doutorado em comunicação social). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo/Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social. Disponível em: [http://www.projectoradix.com.br/arq\\_artigo/teses/teseconceicao.pdf](http://www.projectoradix.com.br/arq_artigo/teses/teseconceicao.pdf)

SANTIN, J. R. (2007) O tratamento histórico do poder local no Brasil e a gestão democrática municipal. *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais Participação e Democracia*. UFSC, Florianópolis, Brasil, P.323-340. Disponível em: [http://www.sociologia.ufsc.br/npms/janaina\\_rigo\\_santin.pdf](http://www.sociologia.ufsc.br/npms/janaina_rigo_santin.pdf)

SINGLY, François de (2006). *Uns com os outros: quando o individualismo cria laços*. Lisboa: Instituto Piaget.

SLUZKI, Carlos E. (1997) *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análises das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). *Textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

TAVARES, Carlos (2007). O ordenamento do território em Cabo Verde: constrangimentos e desafios. In: *Revista de Estudos Cabo-verdianos: I encontro de Jovens Investigadores Cabo-verdianos*. Disponível em: <http://www.unicv.ed.cv/revista.html>

VALDEZ, Tomás Alves de Só (2007). *Regionalização e Integração Sistêmica: cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/1/5/1251-valdeztasm.pdf>

WESTPHAL, V. H. (2008). Diferentes matizes da idéia de solidariedade. In: *Rev. Katál. Florianópolis* V. 11 n. 1 p. 43-52 Jan./Jun. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/4757/4037>.

## **ANEXOS**

## Quadro I – Perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados<sup>158</sup>

<p><b>Portador 1</b> Miriam, sexo feminino, 28 anos. Domiciliada no município da Praia. Solteira, tem quatro filhos. Completou o ensino fundamental; trabalhava como vendedeira ambulante, mas interrompeu a atividade ocupacional por causa da doença. Mora em casa alugada, não recebe do pai das crianças, pensão ou qualquer outra ajuda para os filhos, mas recebe apoio de uma ONG com atividades em HIV/AIDS (uma cesta básica e 10 Euros). É católica, mas não praticante. Tem quatro anos de diagnóstico de infecção por HIV, faz tratamento com ARV. Além de tratamento médico, faz acompanhamento psicológico.</p>
<p><b>Portador 2</b> Martha, sexo feminino, 25 anos. Domiciliada no município da Praia. Tem segundo grau incompleto, é vendedeira ambulante. Vive em regime de concubinato; tem um filho, soronegativo, e o parceiro também é soronegativo. Tem quatro anos de diagnóstico de infecção, nunca teve infecção oportunista e não toma coquetel, mas faz tratamento ambulatorial para controle da saúde imunológica. É católica, não praticante. Já recebeu apoio financeiro de uma ONG com atividades em HIV.</p>
<p><b>Portador 3</b> Nadezda, sexo feminino, 23 anos. Domiciliada no município da Praia. Completou o ensino fundamental; doméstica. Vive em regime de concubinato, parceiro também é soropositivo; tem dois filhos, o mais novo é soropositivo; É católica, mas não praticante. Tem um ano de diagnóstico de infecção por HIV, não toma coquetel, mas aparece regularmente nas consultas para controle da saúde imunológica. Recebe apoio em gênero alimentício e dinheiro (10 Euros) de uma ONG/AIDS. Mora em casa própria. Na sua rede somente a irmã e o irmão sabem que é soropositiva.</p>
<p><b>Portador 4</b> Fabian, sexo masculino, 38 anos. Nacionalidade estrangeira. Vive, sem a família, em Cabo Verde; domiciliado no município da praia desde que chegou. Tem segundo grau incompleto; já trabalhou como ajudante de obra, mas interrompeu a atividade profissional por causa da doença. Mora em casa alugada. Recebe apoio em gênero alimentício e dinheiro de uma ONG/AIDS. É de religião católica, mas não praticante. Tem quatro anos de diagnóstico de infecção e faz tratamento com ARV.</p>
<p><b>Portador 5</b> Samara, sexo feminino, 29 anos. Domiciliada no município da Praia. Solteira, tem três filhos, todos soronegativos. Completou o ensino fundamental. Está desempregada, já recebeu apoio de uma ONG/AIDS. Mora em casa própria. É de religião evangélica, praticante. Tem quatro anos de diagnóstico por HIV, nunca teve infecção oportunista e não toma coquetel. Aparece regularmente nas consultas para controle da saúde imunológica.</p>
<p><b>Portador 6</b> Edinho, sexo masculino, 53 anos. Domiciliado no município da praia. Completou o ensino fundamental; é aposentado. Tem quatro filhos, é divorciado e mora, sozinho, em casa própria. Tem quatro anos de diagnóstico de infecção por HIV, já teve infecção oportunista, toma coquetel. Já viveu no exterior.</p>

<sup>158</sup>Os nomes dos entrevistados são fictícios para garantir o sigilo dos informantes. Todos os outros dados são verdadeiros

**Portador 7**

Noêmia, sexo feminino, 28 anos. Domiciliada no município da Praia. Solteira, tem quatro filhos, um dos filhos é também soropositivo. Tem segundo grau incompleto; é doméstica. Mora em casa alugada. É católica, praticante. Tem dois anos de diagnóstico de infecção por HIV, não toma coquetel. Descobriu que é soropositiva na gravidez do último filho, fez prevenção da transmissão vertical. Aparece regularmente nas consultas para controle da saúde imunológica. Recebe apoio em gênero alimentício e dinheiro (10 Euros) de uma ONG/AIDS. Não contou à ninguém, nem à parentes, que é portadora do HIV.

**Portador 8**

Verônica, sexo feminino, 28 anos. Domiciliada no município da Praia. Solteira, mãe de dois filhos. Completou o ensino fundamental. Trabalhava como doméstica, mas interrompeu a atividade ocupacional há dois anos, por causa da doença. Mora com os tios. É de religião católica, mas não praticante. Tem quatro anos de diagnóstico de infecção e faz tratamento com ARV. Já recebeu apoio financeiro, para atividade geradora de renda, de uma ONG com atividades em HIV.

**Portador 9**

José, sexo masculino, 60 anos. Domiciliado no município da praia. Tem segundo grau incompleto, é aposentado. Separado, sem filhos; mora sozinho, em casa alugada. Tem três anos de diagnóstico de infecção por HIV, não teve infecção oportunista e não toma ARV. Recebe apoio em gênero alimentício e dinheiro de ONGs com atividades em HIV/AIDS. Já viveu no exterior.

**Portador 10**

Albertina, sexo feminino, 26 anos. Domiciliada no município da Praia. Tem segundo grau completo. Frequenta curso universitário. Solteira, tem um filho. É de religião católica, praticante. Tem quatro anos de diagnóstico, nunca teve infecção oportunista, não toma ARV. Aparece regularmente nas consultas para controle da saúde imunológica.

**Portador 11**

Januário, 44 anos, sexo masculino. Tem segundo grau incompleto. É de religião evangélica. Tem nove anos de diagnóstico. Já teve infecção oportunista e toma ARV. Faz tratamento no município da Praia, mas domiciliado em outro município (interior). Trabalha em uma ONG/AIDS. Já viveu no exterior.

**Portador 12**

Augusta, sexo feminino, 39 anos. Não completou o ensino fundamental. Solteira, tem filhos. É de religião católica, mas não praticante. Tem trabalho fixo (agente de limpeza). Recebe ajuda material de ONG com atividades em HIV/AIDS. Tem 4 anos de diagnóstico e faz tratamento com ARV

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**  
**MESTRADO EM SOCIOLOGIA**  
**AIDS E SOLIDARIEDADE**

**Roteiro de entrevista**

**Dados pessoais**

1. Código:
2. Idade:
3. Nacionalidade:
4. Escolaridade:
5. Ocupação:
6. Residência:  
Há quanto tempo?
7. Estado civil:
8. Tem filhos?  
Quantos?
9. Religião:  
Praticante?
10. Ano em que recebeu o diagnóstico:
11. Toma ARV?
12. Participa de alguma associação local?  
Há quanto tempo?
13. Conhece alguma associação de apoio a pessoas portadoras do HIV?  
Freqüenta? Há quanto tempo?
14. Conhece a Lei n.º 19/VII/2007?

**Questões**

1. Fala sobre o conjunto de todas as suas relações que você considera importante no enfrentamento do HIV/AIDS.

- Lista as pessoas com quem você conta nesse momento da sua vida;
- Fala sobre suas características;
- Explica por que você incluiu cada uma dessas pessoas na sua lista;
- Fala sobre o tipo de contato que você mantém com cada uma delas;
- Diga com que freqüência mantém contato com cada membro da sua rede;

- Comenta sobre a importância da sua relação com cada uma das pessoas que você

Listou; o que é cada uma dessas pessoas representa para você;

- Fala sobre seus sentimentos em relação a essas pessoas;

- Fala sobre como você se percebe em relação a cada membro que você citou e em

relação ao conjunto;

- Diga quais as pessoas da sua lista que sabem que você é portador do HIV.

Explica como souberam;

1. Como é que você percebe o envolvimento das pessoas soropositivas e com AIDS na respostas ao HIV/AIDS em Cabo Verde?
2. Fala sobre o que você pensa sobre uma associação que apoio pessoas com HIV/AIDS;
3. Diga como você reagiria se fosse convidado para participar de uma reunião com pessoas portadoras do HIV;

**Varela, Osvaldo Freire Joaquim**  
**AIDS e solidariedade : um estudo sobre as redes sociais de portadores de HIV/AIDS em Cabo Verde / Osvaldo Freire Joaquim Varela. -- Recife : O Autor, 2009.**  
**132 folhas, Il., tab., quadros.**

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Sociologia, 2009.**

**Inclui : bibliografia e anexos.**

**1. Sociologia. 2. AIDS – HIV. 3. Organizações sociais sem fins lucrativos. 4. Solidariedade. 5. Redes de ajuda mútua. 3. I. Título.**

**316  
301**

**CDU (2. ed.)  
CDD (22. ed.)**

**UFPE  
BCFCH2009/53**