

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

CFCH - Centro de Filosofia e Ciências Humanas

IP - Instituto de Psicologia

**EICOS - Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia
Social**

Mariana Vaz Caetano

**MULHERES MOÇAMBICANAS E O HIV/AIDS: PROTEÇÃO
PREVENÇÃO E TRADIÇÃO**

Rio de Janeiro
2011



MULHERES MOÇAMBICANAS E O HIV/AIDS: PROTEÇÃO PREVENÇÃO E TRADIÇÃO

Por Mariana Vaz Caetano

Dissertação de Mestrado apresentado ao programa EICOS de Pós-Graduação em Psicossociologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Dr^a Ana Maria Szapiro

Rio de Janeiro
2011

Caetano, Mariana Vaz

Mulheres moçambicanas e o HIV/Aids: Proteção, prevenção e tradição/Mariana Vaz Caetano.

Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

10i, 89f.

Orientador : Ana Maria Szapiro

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia / Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social – EICOS, 2011.

1. HIV/Aids. 2. Mulheres moçambicanas. 3. Prevenção. 4. Tradição I. Szapiro, Ana Maria(Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. Instituto de Psicologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MULHERES MOÇAMBICANAS E O HIV/AIDS: PROTEÇÃO PREVENÇÃO E TRADIÇÃO

Aluna: Mariana Vaz Caetano

Banca Examinadora:

Agradecimentos

Com o peito abençoado pela fé, reforçada nesse momento de sonho realizado, agradeço a Deus por me tocar, esse Deus que mora por dentro e que, com presentes genuínos da vida, me faz vibrar e identificar, a cada dia mais, a vontade imensa que tenho de acreditar nessa energia que cintila, que me faz viva.

A força de me buscar, de me realizar e me superar vem de fontes variadas, mas a maior força que encontro, para todos os passos dados, atribuo ao olhar dos meus pais que, apesar das escolhas inusitadas que muitas vezes faço, a mim confiam.

Assim sendo, aos meus pais, **Cléria e Zé**, agradeço por **olhar**.
Ao meu irmão, **João**, agradeço pelo **abraço** a cada dia mais sincero.

Ao **Ricardo**, agradeço por de mãos dadas ao meu lado **caminhar**, assim, sorrindo...

À Profª **Ana Szapiro**, agradeço por sua **profundidade** teórica, pela sua imensa **dedicação** e disponibilidade, sempre atenta aos detalhes. Obrigada profª Ana, obrigada por **acreditar**.

À **Mariama**, agradeço pela sensibilidade, pela paixão, pela **dedicação** imensa à nossa amizade que cresce. Uma amiga, um presente que ganhei em um momento tão específico da vida.

À **Aline**, agradeço por **estar** sempre tão presente.

À **Paula**, agradeço por **acreditar** nos incríveis possíveis.

À **Simone**, por **sonhar** junto.

À **Patrícia**, pelo incentivo inicial, pelo **exemplo**.

À **Renata**, por ser intensa, por **brilhar**.

À Profª **Rosa Pedro**, agradeço por contribuir, desde a qualificação, com as suas observações e idéias mostrando interesse e dedicação, observando sempre os sutis detalhes.

Ao **Ricardo** e à **Carmem**, da secretaria do Eicos, por cuidarem para que as coisas corram sempre bem, sempre sorrindo, sempre recebendo de maneira muito respeitosa a todos que buscam suas orientações.

Enquanto buscávamos um lugar para ficar em Moçambique, encontramos uma família que nos deu um lar...À **Isabelle**, ao **Aires**, ao **Patrick**, ao **Xandoca**, à **Cláudia**, à **Sandra**, ao pequenino lindo **Luca** e à **Culula**, agradeço pela **acolhida** calorosa, pelos almoços de domingo, pelo carinho e dedicação, pelo chão que vocês representaram nesse momento tão específico de descobertas e de buscas.

Agradeço às **mulheres entrevistadas**, mulheres surpreendentes que, com as suas narrativas, iluminaram este estudo.

À **Rosa Langa**, amiga que abriu as principais portas para que eu pudesse realizar esse estudo, a você, querida Rosa cor de rosa, **dedico** esse trabalho. Você que é - além das inúmeras qualidades que tive o prazer de descobrir - uma grande mulher moçambicana.

Resumo

CAETANO, Mariana Vaz. **Mulheres Moçambicana e o HIV/Aids: Prevenção, Proteção e Tradição**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

O presente trabalho analisa as trajetórias e experiências de mulheres Moçambicanas moradoras da capital do país, Maputo. Procuramos entender de que modo esta população articula os valores de gênero de sua cultura com o discurso científico e normativo sobre o HIV/Aids. Investigamos de que modo o trabalho de prevenção a esta epidemia repercute nos valores identitários e culturais constitutivos dessas mulheres. Analisando os esforços dos últimos anos no campo da prevenção ao vírus HIV/Aids e o aumento do número de mulheres infectadas na África Austral, o estudo discute de que maneira o trabalho de prevenção influencia na constituição da identidade pessoal e social de mulheres moçambicanas. Nosso objetivo é analisar a convergência entre o conhecimento sobre os meios de prevenção e os comportamentos adotados por essas mulheres a partir de seus valores e de sua cultura. Queremos interrogar, mais precisamente, sobre os efeitos de subjetividade causados pelo que denominamos como a problemática da convergência entre o conhecimento a elas transmitido sobre os meios de prevenção ao HIV/Aids e as crenças ligadas à singularidade da sua cultura. Desenvolvemos nossa reflexão considerando a teoria sobre o individualismo de Louis Dumont (1985) onde este autor descreve a ideologia individualista das sociedades modernas contrapondo-a ao caráter tradicional e hierárquico presente na sociedade moçambicana. Neste contexto, trata-se de uma sociedade marcada por relações entre homens e mulheres fortemente hierarquizadas. Através do grupo de mulheres entrevistadas analisamos as relações de gênero tal como se apresentam na sociedade moçambicana, abordando de que modo essas mulheres lidam com as práticas de proteção e prevenção à epidemia de HIV/Aids quanto às recomendações sobre práticas sexuais seguras que a luta contra a epidemia impõe nos modelos de prevenção em saúde pública.

Palavras-chave: Mulheres moçambicanas, HIV/Aids, prevenção, tradição

Abstract

CAETANO, Mariana Vaz. **Mulheres Moçambicana e o HIV/Aids**: Prevenção, Proteção e Tradição. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

This study examines the trajectories and experiences of women living in the Mozambican capital, Maputo. We try to understand how this population articulates the gender values of their culture with the scientific and normative discourse on HIV/Aids. We investigate how the work of prevention of this epidemic has impacted on the identity and cultural values that constitute these women. Analyzing the efforts of recent years in the field of prevention of HIV/Aids and the increased number of infected women in Southern Africa, the study discusses how the prevention work influences the formation of personal and social identity of Mozambican women. Our goal is to analyze the convergence of knowledge about prevention methods and attitudes adopted by these women from their values and their culture. We want to examine more precisely the effects caused by the subjectivity of what we call the problem of convergence between the knowledge transmitted to them on ways to prevent HIV/Aids and beliefs related to the uniqueness of their culture. We develop our analysis considering the theory on individualism Louis Dumont (1985) where the author describes the individualist ideology of modern societies in contrast with the traditional character to this and hierarchically in Mozambican society. In this context, it is a society marked by relations between men and women strongly hierarchical. Through the group of women interviewed analyze gender relations as they are in Mozambican society, addressing how these women deal with the practices of protection and prevention of HIV/Aids for recommendations on safe sexual practices that the fight against the epidemic imposes on models of prevention in public health.

Keywords: Mozambican Women, HIV/Aids, prevention, tradition

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 11 |
| Introdução | 14 |
| 1 A pesquisa: Análise do discurso de mulheres moçambicanas, relatos e fatos | 17 |
| 1.1 Justificativa | 17 |
| 1.2 Objetivos | 21 |
| 1.3 Metodologia | 21 |
| 1.3.1 O percurso metodológico | 22 |
| 1.3.1.1. Estratégias de entrada no espaço da pesquisa | 22 |
| 2 Moçambique: Um ponto de vista a partir de uma das suas histórias | 24 |
| 2.1 Moçambique e o HIV/Aids: Seus números e fatos | 28 |
| 3 Mulheres Moçambicanas e o HIV: Uma questão de gênero? | 32 |
| 3.1 Moçambique “Tradicional” | 32 |
| 3.2 Uma questão de gênero | 36 |
| 3.3 Mulheres moçambicanas e o HIV/Aids | 40 |
| 4 Modernidade e o HIV/Aids | 45 |
| 4.1 Uma nova forma de olhar sobre a doença: o olhar biomédico | 45 |
| 4.2 Proteção e Modernidade | 49 |
| 4.3 Medicina Tradicional e Curandeirismo | 53 |
| 5 A face contemporânea de Moçambique: Pós-modernidade e seus discursos | 56 |
| 5.1 Saúde e Risco: Uma problemática Pós-moderna | 62 |
| 5.2 Prevenção e Pós-modernidade | 64 |
| 5.2.1 Preservativo e Prevenção | 66 |
| 5.2.2 Prevenção ao HIV/Aids | 70 |
| 6 Considerações finais | 78 |

| | |
|---|-----------|
| 7 Referências Bibliográficas | 81 |
| Apêndice | 86 |



*“As camponesas retomam o caminho,
com latas e fardos à cabeça [...].
O passo de gazela
anula o peso que transportam,
as ancas flutuam como bailarinas
evoluindo num palco se fim.
Elas estão em eterno espetáculo,
exactamente porque ninguém nunca
olha para elas.
De lata na cabeça,
atravessam a fronteira entre céu e terra.
E penso: a mulher não transporta água;
ela traz os rios todos dentro”.*
(Couto, 2009)

Apresentação

Os pneus marcam as estradas como digitais. Marcas na terra vermelha que logo se apagam pelo vento que levanta pó seco, fumaça de areia que aos poucos se assenta pelos seus cantos únicos e inusitados desse pedaço de mundo. Aos poucos, os olhos e a mente se acostumam à paisagem árida e se acalmam. Assim, passo a conseguir enxergar melhor os meandros dessa forma de vida, dessa forma de se levar e de viver a vida desses moçambicanos.

Mesmo tentando não ter muitas expectativas, as expectativas saíam pelos meus poros: expectativas com as pessoas de Moçambique, com os sorrisos, com a cor do céu, do mar, com o verde das árvores, das matas, com o vermelho da terra, com as cores infinitas do pôr do sol. Mesmo carregando comigo a expectativa de todos esses tons e cores, a realidade mostrou-se mais surpreendente, mais intensa, mais diferente e semelhante ao mesmo tempo. A realidade se mostrou com todos os seus contrastes, com o belo e o feio, com o sujo e o limpo, com o rico e o pobre, com a alegria e a tristeza, com o sorriso e o choro, com a segurança e o medo, com o fascinante e o que se repugna, com tudo, tudo isso ao seu extremo, o extremo das expectativas. O maior contraste que percebi, foi mesmo entre as cores, todas as cores do branco e do preto, isso é visceral aqui, está em tudo e em todos.

Com alguns pontos em mente, questões me acompanharam nessa viagem: Como se dá, como se dará esse meu encontro com o outro, no país do outro, onde me sinto e sou, de fato, uma estrangeira? Existe o pressuposto da possibilidade de comunicação entre os nossos universos, pois conhecemos uma mesma língua? Mas como chegar até essas mulheres, como de fato me comunicarei com elas? Elas fazem parte de um universo com símbolos próprios que vão além do português comum, até porque a língua que realmente é moçambicana não é o português colonizador, mas os variados dialetos. Os negros conversam com os brancos em português, viram-se para o lado e conversam em Shangana¹, ou algum outro dialeto, com os negros.

Kanimambo é obrigado em Shangana, nos explicava um dos nossos amigos no carro enquanto voltávamos da Ponta D'ouro², ao mesmo em que um amigo perguntava: *como se*

¹ Dialeto falado nas redondezas da capital de Moçambique, Maputo.

² Pequena cidade praiana localizada no extremo sul de Moçambique.

diz olá em Shangana? Enquanto passávamos por vários nativos pelas estradas carregando água na cabeça, lenha, frutas, carregando a vida nas costas, mesmo pequeninos, mesmo franzinos, enquanto tudo isso se passava, enquanto a pergunta ecoava... Uma vozinha da estrada disse bem alto, em tom colorido, genuíno... Sem saber, um pequenino nos ensinou, nos respondeu, nos encantou. Na sincronicidade perfeita do momento soou, **OLÁ!** No dialeto predominante dos moçambicanos que vivem nos entornos de Maputo, o Shangana, Olá se diz olá. E foi tão lindo...

Em uma viagem que se faz pelas dunas de areia de praia por umas duas horas além de mais duas horas por estradas de terra, (mais tradicionais de Moçambique), ir a Ponta D'ouro é perceber a grande diferença existente entre o mundo dos moçambicanos brancos e o mundo dos moçambicanos negros, pois não são só mundos diferentes, são universos paralelos. Os nossos amigos com quem viajamos são moçambicanos brancos, que fizeram o ensino superior na Europa e voltam a Moçambique com saudade, com paixão, com a vontade de ser, de pertencer a Moçambique. De aprender Shangana, de reaprender a dança de se viver aqui, nesse canto do mundo, nessa terra vermelha, nesse tom ocre, num som mais selvagem que faz tudo ter mais sentido, mais viço, mais cor.

As águas do oceano Índico são divinas, são cristalinas, são quentes, envolventes. É indecente o prazer de nadá-las, mergulhá-las. Na Praia da Ponta, com a maré baixa formam-se as piscininhas entre os corais, ali a água pode ficar tão quente que beira os trinta graus, apesar do calor da água, tem a brisa fresca intermitente e os mergulhos em mar aberto, que tanto refrescam. A vida faz mais sentido com o mar por perto, por certo, pôr do sol.

Os moçambicanos negros do interior de Moçambique, das áreas distantes da capital, Maputo, fazem parte de um universo genuíno, onde a sensação que dá é que eles ainda não conhecem o sentido do sofrimento causado pela sensação de injustiça. A vida que têm pertence a eles e eles a vivem com esmero, com as suas dificuldades inerentes, com os seus prazeres solenes, com o seu dia- a- dia. Acordam com o sol, ou antes dele, buscam água nos poços, andam horas, quilômetros, vendem frutas na beira da estrada, frutas deliciosas, cheirosas, arrumadas com carinho em cima de uma capulana³ estampada. Seus cabelos estão sempre trançados, ajeitados. A terra batida em torno da casinha feita de palhota é penteada por uma vassoura de palha, regada com um pouco de água. Ao lado das casinhas que podem formar uma pequena vila, vemos as pequenas plantações de tomates, de folhas. As crianças, as mães, as famílias inteiras trabalhando juntas, de sol a sol. A cor negra da sua pele se funde

³ Tecidos estampados que as moçambicanas usam nas cabeças e como saias. São um símbolo de feminilidade em Moçambique.

ao tom vermelho da terra, em uma paisagem árida, onde o sofrimento e a dificuldade têm um significado muito singular, cosmológico e ancestral. Onde a vida segue seu sentido único fazendo algum sentido. Da forma mais genuína que um sorriso pode nascer, assim nasce dos lábios desses negros moçambicanos, sempre em um gesto de adeus para os carros que passam pelas estradas, onde correm as suas vidas, sempre com um suave olhar, e em alguns momentos, mágicos momentos, um bom som de *Olá*.

Moçambique, de certa maneira, lembra a Bahia, Salvador. Os moçambicanos têm a mesma leveza e malemolência, suingue e calor, mas ao invés do dendê, o que dá tempero especial a esse povo é o **piri piri**.

Introdução

Este trabalho teve como objetivo analisar a problemática da epidemia do HIV/Aids em Moçambique no que se refere a questão da cultura moçambicana e sua influência na população feminina do país, dando ênfase na investigação sobre a convergência entre as informações transmitidas pelas campanhas de prevenção e os comportamentos adotados pelas mulheres moçambicanas. Para tal entrevistamos quatro mulheres moçambicanas, convidando-as a falar sobre as formas como lidam com a epidemia de HIV/Aids.

Considerando todos os esforços mundiais no campo da prevenção ao vírus HIV⁴/Aids⁵ e o aumento do número de mulheres infectadas na África Austral, buscamos neste trabalho investigar de que maneira a epidemia de HIV/Aids vem influenciando, subjetivamente, as mulheres moçambicanas, levando em conta as formas com que buscam se proteger e se prevenir da doença. Nosso objetivo é, mais precisamente, indagar sobre a convergência entre o conhecimento sobre os meios de prevenção e os comportamentos das mulheres moçambicanas face aos seus valores e à sua cultura.

Embora tenha havido avanços importantes na prevenção de novas infecções por HIV e com a redução do número anual de óbitos relacionados à Aids, segue aumentando, entretanto, o número de pessoas vivendo com HIV. As doenças relacionadas à Aids permanecem sendo uma das principais causas de morte mundialmente e as projeções são de que continuem a ser uma causa significativa de mortalidade precoce nas décadas vindouras (WHO, 2008). O número de pessoas vivendo com HIV, mundialmente, continuou a crescer em 2008, chegando a 33,4 milhões. Por outro lado o número total de pessoas vivendo com o vírus em 2008 foi mais de 20%, maior que no ano 2000 (UNAIDS, 2009).

A epidemia da Aids, hoje, está associada à pobreza e caracteriza-se por um sinergismo epidemiológico ou sindemia. Diferentes fatores e/ou a co-ocorrência de epidemias convergem para a formação de um ambiente social desfavorável, que acaba por gerar a vulnerabilidade ao HIV (PARKER; CAMARGO JR, 2000).

⁴ Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV (sigla originada do inglês: Human Immunodeficiency Virus).

⁵ AIDS vem da expressão em inglês Acquired Immunodeficiency Síndrome, traduzida em português para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, e tem sua origem no HIV (human imunodeficiency vírus ou vírus da imunodeficiência humana).

O continente africano concentra o maior número de pessoas vivendo com HIV/Aids no planeta. De acordo com dados do OMS e UNAIDS, até 2003 a África detinha mais da metade do número de casos mundialmente registrados, que variavam entre 25 milhões a 28,2 milhões de pessoas infectadas, num total de 34 a 46 milhões de casos em todo o mundo (PASSADOR; THOMAZ, 2006).

A África Austral deve ser entendida de forma sistêmica, uma vez que as fronteiras entre países são bastante permeáveis, com circulação populacional historicamente significativa entre os mesmos, o que leva a um desenho epidemiológico que não se define pelas fronteiras nacionais. Em Moçambique, percebe-se que a epidemia recrudescceu com o fim da guerra, com retorno dos refugiados e a circulação de pessoas pelos corredores e fronteiras. A relação com a doença está sempre permeada pela alteridade, característica do HIV/Aids, que, de modo geral, é interpretada como a doença do *outro*. No caso moçambicano está permeada também pelas categorias coloniais e pós-coloniais, além da mobilidade das populações, não se reduzindo apenas às questões de sexualidade ou de raça.

Na maioria dos países da África subsaariana há mais mulheres infectadas pelo HIV do que homens. As mulheres costumam contrair a infecção pelo HIV mais cedo do que os homens, perdendo, assim, mais anos potenciais de vida, e ainda contribuindo para o incremento da transmissão materno-infantil (SOUSA, 2007). Segundo dados publicados no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de Moçambique referente a 2008, a maioria dos casos de HIV (56,9%) notificados são do sexo feminino. A faixa etária de 20 anos foi a que registrou maior número de casos (78,1%)⁶.

A dissertação está assim organizada: no *capítulo de abertura* examinamos a problemática da análise do discurso, trazendo contribuições de alguns autores, dentre eles Michael Foucault, Marília Amorim, Gilberto Velho-, este último pela abordagem antropológica que nos auxiliou no processo de compreensão das articulações entre os estilos de vida e localização de sujeitos em posições históricas e sociais diferentes.

No *segundo capítulo*, buscamos explorar a história político-social de Moçambique dando ênfase às fases de transformação a partir dos anos 1970. Discutimos temas relacionados ao final do período colonial português, ao período socialista de Samora Machel, a guerra civil, que ocorreu nas duas décadas seguintes à independência entre a Frente de Libertação Moçambicana (FRELIMO) e a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO). Merece destaque as reflexões do antropólogo Peter Fry que, em seu livro “A persistência da raça:

⁶ Dados publicados no Boletim Epidemiológico nº1 do ano de 2008 (Janeiro-Março) no site do Ministério da Saúde de Moçambique: <www.misau.gov.mz> acesso em: 19 jun 2008.

ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África Austral” ressalta que os Moçambicanos interpretaram a sua guerra civil como um castigo dos seus ancestrais.

No *terceiro capítulo*, partindo da teoria de Dumont (1985), abordamos a ideologia individualista presente nas sociedades modernas em contraponto com o caráter tradicional, hierarquizado, presente na sociedade moçambicana. Neste capítulo analisamos a questão das relações de gênero no contexto da sociedade moçambicana, considerando tratar-se de uma sociedade marcada por relações entre homens e mulheres fortemente hierarquizadas.

No *quarto capítulo*, trabalhando com questões em torno da medicina moderna, abordamos o conceito de *biopolítica* de Foucault (1999) como uma importante ferramenta conceitual, além de colocar em pauta toda uma discussão voltada para o papel da ciência como o lugar do saber nas sociedades modernas. Focalizamos, em especial, a noção de *proteção* a partir das análises de Robert Castel (2005).

No *quinto capítulo*, desenvolvemos uma análise baseada no discurso médico atual sobre a prevenção, discurso normativo e hegemônico no campo da saúde. Este discurso pós-moderno, próprio à cultura ocidental, surge também em Moçambique nas campanhas de combate à doença. Sendo assim, abordamos neste capítulo os conceitos de Risco⁷ e Prevenção no contexto da sociedade moçambicana.

Com base nas análises feitas nos discursos sobre o HIV/Aids no grupo de mulheres entrevistadas, procuramos apreender, então, os efeitos de subjetividade causados pelo que investigamos como a problemática resultante à convergência existente entre o conhecimento transmitido sobre os modos de prevenção ao HIV/Aids e as crenças destas mulheres ligadas à singularidade da sua cultura.

Paul Veyne⁸ em seu livro “Acreditavam os gregos em seus mitos?” discute a relação entre verdade e mito. Ele sugere que a verdade não é jamais absoluta, é sempre constituída historicamente. No contexto moçambicano, a verdade que chega por parte dos estrangeiros e que se impõe àquela cultura é mostrada como o caminho para o progresso. Afinal, em que, de fato, acreditam os moçambicanos? Acreditam eles no risco, na cura, na ciência, saúde e doença e na morte tal como sustenta o discurso médico? Como ressalta Fry (2005) a relação entre vida e morte, vivos e mortos em uma parte da população moçambicana se dá de uma maneira muito específica. Assim é que, para alguns deles, as aflições vividas no presente não passam de castigos a ações realizadas por seus ancestrais no passado.

⁷ CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1987

⁸ VEYNE, P. **Acreditavam os gregos em seus mitos?** São Paulo: Brasiliense, 1983.

Capítulo 1

A pesquisa:

Análise do discurso de mulheres moçambicanas, relatos e fatos

“E as mulheres: aos tufos,
aos molhos, aos turbilhões.
Cheias de roupas, cheias de cores,
cheias de risos. Envoltas em capulanas
como se se vestissem de mistérios”.
(Mia Couto)

1.1 Justificativa

Em sua obra “O nascimento da clínica” Foucault (2003) assinala a emergência de um novo discurso médico. Neste sentido, ele observa que estamos consagrados à história, à paciente construção de discursos sobre os discursos, à tarefa de ouvir o que já foi dito. Como essa tarefa de ouvir o que já foi dito é praticada em Moçambique a partir do advento do saber da tecnociência? Será possível compreender a complexidade da noção de prevenção e proteção contra o HIV/Aids quando se trata do contexto específico das mulheres moçambicanas?

Essas foram algumas das perguntas que nortearam o desenvolvimento desta dissertação. Com muito mais perguntas do que respostas, o trabalho trouxe reflexões sobre os entraves, os desencontros entre o universo da prevenção e o das mulheres entrevistadas em Moçambique. Reflexões se desenvolveram a partir de um olhar que buscou, sobretudo, manter a tensão diante da alteridade, considerando tensa toda a tentativa de aproximação cultural entre pesquisador e pesquisado.

Amorim (2004) comenta a tendência de identificação e de empatia com o *outro*, afirmando que é exatamente o contrário desta identificação aquilo que permite a expressão da alteridade. É o descontínuo e o intervalo, a exotopia e a dissimetria que permitem a pesquisa em Ciências Humanas. A ilusão de reciprocidade, de espontaneidade, de simetria na abordagem do *outro* corresponde ao que Amorim, citando Segalen, ressalta como *inferno do mesmo* e que pode resultar na impossibilidade de conhecimento do outro. Pois a interpretação, a compreensão e a explicação são formas de tradução e, traduzir é mostrar o intervalo e a descontinuidade.

Existem diferenças no modo de olhar o outro, pois é um outro permeado de traços históricos que decorrem de diferenças estruturais em seu sistema simbólico. É no âmbito dos signos que buscamos o encontro e é também, nesse mesmo lugar que se podem verificar os efeitos de contato entre povos ou grupos diferentes (Idem, Ibidem.).

Ao tratar da problemática da tradução, a autora recorre a Borutti argumentando que a tradução se situa na relação entre conhecimento e alteridade, implicando, então, em uma operação de deslocamento simbólico. O ato de traduzir, não se reduziria apenas a uma transferência lingüística.

A tradução é um problema teórico da ordem do interstício: traduzir não é se ater a um sistema simbólico, mas permanecer na diferença entre seu próprio sistema e a alteridade [...] a tradução é uma situação exemplar de conhecimento, onde conhecer é mostrar a distância (Idem, Ibidem, p. 46).

Para Amorim, a única forma possível de confrontação entre dois sistemas é de ordem pragmática, buscando encontrar um equilíbrio pragmático entre a nossa herança e o que os nossos sentidos nos fornecem. Sendo assim, a tradutibilidade se fundaria em uma suposição de um lugar, um lugar comum, um lugar abstrato “[...] [um lugar] de verdade e de crescimento do sentido onde cada língua se aproxima da linguagem da coisa” (Idem, Ibidem.).

Apesar do caráter social das significações científicas e da sua historicidade, não se pode negar que, de um jeito ou de outro, as escolhas e comparações ocorrem, assim como a tradução. A tradução se constitui com a interpretação, mesmo que a partir de um ponto de vista metalingüístico ou metodológico ela não se faça possível, ela é, ao menos, uma prática local de interpretação. Sendo assim, a compreensão (elo fundamental com a questão ontológica e cognitiva de alteridade) não é um lugar de saturação do sentido, mas sim um lugar de mediação. Levando em consideração que existe um limite, algo do corpo que fica de fora em qualquer tradução⁹.

Falar sobre o pensamento do outro, procurar dizer o que ele disse é fazer uma análise do significado. As coisas ditas por outros e em outros lugares seriam exclusivamente tratadas segundo o jogo do significante e do significado? Seria possível fazer uma análise dos discursos que escapasse à fatalidade do comentário, sem supor um excesso ou um resto ao que foi dito? (FOUCAULT, 2003). Para este autor o comentário interroga o discurso sobre o que ele diz e quis dizer, procurando fazer surgir o duplo fundamento da palavra, onde a palavra se

⁹ A autora faz referência a CERTEAU ao argumentar sobre o limite da tradução. “A enunciação estrangeira [...] aquela do selvagem, do louco, da criança e das mulheres não se deixa escrever porque há algo da vogal que escapa à razão escrita: sua dimensão de sopro e de efeito singular do corpo” (AMORIM, 2004, p. 49).

encontra em uma identidade consigo mesma que se supõe mais próxima de sua verdade. Trata-se de, enunciando o que foi dito, redizer o que nunca foi pronunciado.

[...] comentar é, por definição, admitir um excesso do significado sobre o significante, um resto necessariamente não formulado do pensamento que a linguagem deixou na sombra, resíduo que é a sua própria essência, impelida para fora de seu segredo; mas comentar também supõe que este não falado dorme na palavra e que, por uma superabundância própria do significante, pode-se, fazer falar um conteúdo que não estava explicitamente significado [...]. (FOUCAULT, op.cit., p. XIII)

É importante explicitar, como diz ainda Amorim, que não há trabalho de campo que não vise o encontro com um *outro* que não busque um interlocutor, como não há escrita de pesquisa que não coloque o problema, no texto, do lugar da palavra do *outro*. A autora acrescenta que todo trabalho de pesquisa seria como uma tradução do que é estranho para algo de familiar. O estranhamento seria a condição de princípio de todo procedimento. Quando estamos imersos em um determinado cotidiano familiar podemos nos cegar justamente pela familiaridade. Para que alguma coisa possa se tornar objeto de pesquisa, é necessário torná-la estranha de início para poder retraduzi-la no final. “A estranheza do objeto de pesquisa afirmada enquanto a própria condição de possibilidade desse objeto” (Id. Ibid.). A alteridade possui uma dimensão de estranheza, pois não se trata do simples reconhecimento de uma diferença, mas de um distanciamento: interrogação, perplexidade, suspensão da evidência. Como coloca Amorim:

[...] o pesquisador pretende ser aquele que recebe e acolhe o estranho. Abandona seu território, desloca-se em direção ao país do *outro*, para construir uma determinada escuta da alteridade, e poder traduzi-la e transmiti-la [...] (AMORIM, 2004, p. 26).

É em torno da questão da alteridade que se tece grande parte do trabalho do pesquisador. É com manejo e análise das relações com o *outro* que se constitui um dos eixos em torno dos quais se produz o saber. Sendo que o *outro* é aquele que ao mesmo tempo se quer encontrar e aquele cuja impossibilidade de encontro integra o próprio princípio da pesquisa. O objeto de pesquisa é inexistente sem o reconhecimento da alteridade (Idem, Ibidem.).

Numa outra perspectiva, nos estudos no campo da Antropologia, Velho (2008) diz que uma das mais tradicionais premissas das ciências sociais é a necessidade de uma distância mínima que faça com que o pesquisador tenha condições de objetividade em seu trabalho. Afirma-se ser preciso que o pesquisador veja com olhos imparciais a realidade, evitando se envolver com tal realidade, pois só assim não irá obscurecer ou deformar seus julgamentos e

conclusões. O autor aponta para o fato de tais premissas não serem partilhadas por toda a comunidade acadêmica, e muitos pesquisadores argumentam sobre o inevitável envolvimento com o objeto de estudo, o que não constitui, segundo tal perspectiva, uma imperfeição ou um defeito.

Tradicionalmente, a antropologia identificou-se com métodos qualitativos. A observação participante, ou a entrevista aberta e o contato pessoal e direto constituíram sua marca registrada. Os antropólogos valorizam o fato de que para conhecer certas áreas, seria necessário o contato, a vivência durante um período de tempo razoavelmente longo, pois que existiriam aspectos de uma cultura ou sociedade que não são explicitados e que exigem um esforço maior e aprofundado de observação e empatia. Trata-se de um problema complexo, pois envolve questões relativas à distância social e à distância psicológica. O fato de dois indivíduos pertencerem à mesma sociedade, não significa que tenham maior proximidade do que se fossem de sociedades diferentes, como argumenta Velho (2008).

Neste sentido, falar a mesma língua não significa que não existam grandes diferenças no vocabulário, no “dizer” como é o caso de Moçambique onde a língua oficial é o Português, mas significados e interpretações diferentes podem ser dados a palavras, categorias ou expressões aparentemente idênticas. Isso pode chamar a atenção para a complexidade da própria categoria distância. Velho faz referência a Da Matta dizendo que (Idem, *Ibidem*, p.126):

[...] o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico mas, até certo ponto, conhecido [...].

Embora consideremos importante o ponto de vista de Velho sobre o trabalho de interpretação dos discursos, optamos pela perspectiva de Amorim como guia teórico no trabalho de análise dos discursos das entrevistadas. Existe uma multiplicidade de fatores culturais, políticos e sociais subjacentes à vulnerabilidade ao HIV em mulheres moçambicanas, papéis sociais de gênero, assim como condições sócio-econômicas que contribuem para a disseminação do HIV. Parker e Camargo Jr. (2000) nos chamam a atenção para o fato de que tendências amplas, como a feminização, a pauperização e a interiorização do HIV são inegáveis, mas a utilização, por vezes, demasiado simplista destas categorias pode mascarar a sua verdadeira complexidade social.

O presente trabalho se propõe a analisar o discurso de mulheres moçambicanas soronegativas para o HIV/Aids de modo a refletir sobre a maneira como essas mulheres lidam

com a epidemia de HIV/Aids em seu país, que noções elas possuem sobre questões ligadas à proteção e à prevenção dessa doença. Levando-se em consideração que no caso de Moçambique, tratando-se de uma sociedade em processo de aquisição de valores característicos do individualismo moderno, não há convergência entre conhecimento e tradição, o que coloca, então, em oposição os valores contidos no discurso médico da prevenção e aqueles que constituem a identidade da cultura moçambicana. Buscamos, assim, avaliar os impactos trazidos para cultura moçambicana pelos valores decorrentes dos discursos sobre a prevenção.

1.2 Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi investigar o que as mulheres de Maputo dizem sobre a epidemia do HIV/Aids e sobre o modo como vêem a idéia de proteção e de prevenção à epidemia a partir da sua cultura. Buscamos apreender, nos discursos, a possível convergência entre as recomendações contidas no discurso preventivo e os comportamentos adotados.

Como objetivos específicos a proposta deste estudo considerou:

1. Análise dos valores - ligados às práticas sexuais - nas mulheres entrevistadas;
2. A investigação sobre de que modo a experiência social com a doença interfere nas suas vidas;
3. Buscar avaliar a percepção das mulheres entrevistadas em relação ao sentido que tomam naquele contexto as idéias de proteção e prevenção, considerando-se a existência ou não de uma relação entre cuidados com a saúde e riscos cotidianos;

1.3 Metodologia da pesquisa

Para investigara de que modo as mulheres moçambicanas, moradoras de Maputo, lidam com a epidemia de HIV/Aids em seu país, qual a noção de proteção e prevenção e de que maneira essa epidemia influencia em suas vidas, utilizamos uma metodologia que avaliasse os discursos dessas mulheres, buscando, como coloca Amorim (2001), uma análise que levasse em conta a questão da alteridade, a questão do encontro com o *outro*, um *outro* que se quer encontrar e aquele cuja impossibilidade de encontro integra o próprio princípio da pesquisa, pois sem o reconhecimento da alteridade não existe objeto de pesquisa. É no

trabalho de escrita, no trabalho de campo, na análise e manejo das relações com *o outro* que se produz o saber.

1.3.1 O percurso metodológico

1.3.1.1 Estratégias de entrada no espaço da pesquisa

Quando comecei a pesquisa buscando material para escrever o projeto de mestrado, interessei-me por um livro de uma escritora moçambicana na Internet. Ao tentar obter esse material, entrei em contato com a revista que o estava anunciando, a revista respondeu afirmando que o livro estava esgotado, mas que me dariam o *email* da autora para maiores informações. Assim começou a minha amizade com a jornalista e escritora moçambicana, Rosa Langa. A Rosa acabou tornando-se uma amiga, pessoa fundamental no meu trabalho, pois sem ela eu dificilmente teria tido acesso a mulheres como ela, que estivessem realmente dispostas a falar com uma estranha sobre assuntos tão particulares. Rosa me colocou em contato com as entrevistadas, que são mulheres do seu convívio, mulheres que me receberam muito bem nas entrevistas. Ela chegou a me dizer em alguma ocasião: “Não se preocupe Mariana, vou arrumar umas amigas que falam tudo, elas vão responder tudo que você quiser saber, elas falam mesmo”. E assim se deu meu contato com as entrevistadas, que falaram tranqüilamente de todos os assuntos abordados.

Foram entrevistadas quatro mulheres na faixa de 25 a 50 anos, Moçambicanas residentes na capital do país, Maputo. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento das entrevistadas, e, posteriormente, transcritas. A aplicação das entrevistas foi feita de forma individual com data, hora e local especificados, juntamente com cada participante.

A primeira entrevistada foi **I. 28 anos e solteira**. Com estatura mediana, cabelos bem arranjados e encaracolados no alto da cabeça, maquiada e com um vestido preto, solto, a entrevistada reconheceu-me ao longe, olhou-me e andou em minha direção sorrindo: “Mariana?” Com o segundo grau incompleto, **I.** se diz poetiza de alma e secretária de ofício. Órfã de pai e criada pela mãe, aos 18 anos ficou grávida depois da sua primeira relação sexual com um homem mais velho. Cria seu filho com a ajuda da mãe. **I.** é a segunda filha de cinco irmãos, quatro mulheres e um homem. **I.** é solteira e atualmente está namorando.

A segunda entrevistada foi **R. 37 anos**, casada, “vivo maritalmente”, disse ela, há 18 anos. O encontro foi marcado em uma lanchonete, **R.** me esperava sentada à mesa. Quando

ofereci a ela algo para beber, pediu uma cerveja. Mãe de dois filhos, um menino de 15 anos e uma menina de 3 anos, **R.** tira da bolsa fotos para mostrá-los com orgulho. Com primeiro grau incompleto a entrevistada trabalha como secretária.

A terceira entrevista foi feita com **L. 47 anos e casada** há 23 anos. A entrevistada estava vestida com capulanas, sentada à frente da sua casa com mais duas mulheres, bebendo cerveja. É mãe de uma filha e avó de duas netas. Analfabeta, trabalha como comerciante, vende bebida e roupas que costura, é cabeleireira e cantora. Ao se despedir trouxe-me de presente uma saia de saco feita por ela, pediu que eu a vestisse e tiramos fotos, pelo seu celular, juntas.

A quarta entrevista foi feita em um restaurante de Maputo, com **C. 29 anos e solteira**. Com terceiro grau incompleto, **C.** cursa História Social e trabalha como secretária. É a filha mais nova de seis filhos, cinco mulheres e um homem. Atualmente está namorando.

As frases e análises dos discursos das mulheres moçambicanas entrevistadas encontram-se mescladas ao longo do texto, de maneira a colocá-las como exemplo dos recortes teóricos desenvolvidos. Assim inserimos ao longo dos capítulos as colocações das entrevistadas e as nossas análises a respeito das mesmas.

Capítulo 2

Moçambique: Um ponto de vista a partir de uma das suas histórias

“Hoje sabemos: a independência não é mais do que a possibilidade de escolhermos as nossas dependências”.
(Mia Couto)

Neste capítulo da dissertação abordaremos a história recente de Moçambique a partir de 1975, quando o país tornou-se independente. Enfatizaremos a história recente do país, com vistas a acompanhar a relação daquela sociedade, de configuração ainda tradicional, com a realidade de combate à epidemia de HIV/Aids.

Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano e é banhado pelo Oceano Índico. A vegetação predominante é de savana e alguma floresta seca, o clima é tropical seco e sub-tropical. O país ao Norte faz limites com a Tanzânia, a Oeste, com o Malawi, Zâmbia, Zimbábue e Swazilândia e, ao Sul, com a África do Sul. A superfície do seu território é de 799.380 km². O país está dividido em 3 regiões geográficas (Norte, Centro e Sul) e 11 Províncias: ao Norte, Niassa, Cabo Delgado e Nampula; ao Centro, Zambézia, Tete, Manica e Sofala; ao Sul, Inhambane, Gaza, Maputo e Maputo Cidade (Mapa 1) (SOUSA, 2007).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, o INE, os dados preliminares do censo populacional de 2007 revelaram que Moçambique tinha 20.5 milhões de habitantes. Do total, 52% são mulheres, o que corresponde a 10.7 milhões de habitantes. A taxa de analfabetismo total no país em 2007 era de 49,2%, sendo que 63,1% dos analfabetos são mulheres. Em dados estatísticos referentes a 2010, o país tem 22.416.881 habitantes.

A língua oficial de Moçambique é o Português, cerca de 40% da população o fala e compreende, principalmente nos centros urbanos e proximidades. A classificação das línguas moçambicanas tem sido objeto de estudo de vários especialistas, estes acreditam que são cerca de 60 línguas e variantes faladas no país (ROCHA, 2006).

Segundo Rocha, (Idem, Ibidem.) a população moçambicana divide-se entre os que praticam religiões tradicionais africanas (cerca de 45%) e as religiões ditas exógenas, mas com presenças seculares em praticamente toda África. O cristianismo, o protestantismo e o catolicismo encontram-se dispersos por todo país. Cerca de 25% dos moçambicanos são católicos, traço mais pronunciado nas zonas urbanas e 10% são protestantes. O Islamismo

representa uma população de crentes estimada em 20% do total populacional e encontram-se em todo território nacional, concentrando-se principalmente nas regiões ao norte. Pequenas comunidades que professam o Hinduísmo e o Budismo, praticados por indivíduos de origem indiana e chinesa, encontram-se principalmente em cidades como Maputo e Beira.

Moçambique era, desde o final do século XIX, uma colônia portuguesa. Em 1926 iniciou-se em Portugal uma ditadura militar fascista liderada por Antônio Salazar. Durante as décadas de 1950 e 1960 a ditadura salazarista sobreviveu às prolongadas guerras de libertação colonial na África (ROCHA, 2006).

Com antigas colônias africanas alcançando paulatinamente a independência, as colônias portuguesas passaram por um processo de exacerbação da questão colonial aumentando, conseqüentemente, em Moçambique a resistência contra o poder colonial. À medida que o ditador português, Salazar, recusava-se a ceder às pressões internacionais insistindo na sua especificidade “lusu-tropical” (FRY, 2001), a FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique) iniciava a luta contra o Regime opressor em 1964 e chegando a vitória em 1974. A vitória se deu quando partes do exército se revoltaram em Portugal pondo fim a ditadura militar naquele país, através da chamada Revolução dos Cravos. Em Abril de 1974 jovens oficiais do exército português, juntamente com a população de Lisboa, levantaram-se contra o regime fascista-colonialista que governava Portugal, movimento esse que levou à implementação do regime democrático em Portugal. O novo regime colocou fim às guerras coloniais em Angola e Moçambique. Assim, em 25 de Junho de 1975 Samora Machel, então líder da FRELIMO, declarou a independência de Moçambique na capital Maputo, sendo eleito como o primeiro Presidente do novo Estado independente (ROCHA, 2006).

A FRELIMO foi fundada em 1962, período em que o mapa político da África havia sofrido enormes transformações com muitos países independentes. Nesse mesmo ano os movimentos de libertação de Angola e Guiné-Bissau já se tinham levantado contra a dominação colonial portuguesa. Como coloca Rocha (2006), a fundação da Frente de Libertação de Moçambique é fruto da luta dos moçambicanos que se organizavam para contestar o sistema colonial, o que culminou em um processo de conscientização e unidade de setores empenhados em libertar Moçambique do domínio colonial. Fry (2001) afirma que quando a bandeira portuguesa cedeu lugar, formalmente, à bandeira da FRELIMO em Junho de 1975, Moçambique viu-se politicamente livre, mas financeiramente dependente, assim

como dependente de mão-de-obra especializada estrangeira, sobretudo oriunda dos países socialistas.

Colaço (2001) salienta que em 1975, Moçambique nasceu como um dos países mais pobres e atrasados do mundo e com uma população essencialmente camponesa. Dentro dos princípios revolucionários da FRELIMO - que visava uma nova ordem social através de projetos socialistas com fortes bases populares - o Estado Moçambicano seria construído de maneira a inviabilizar as doutrinas do Estado colonial português. A intervenção do Estado nas instâncias da vida nacional caracterizou-se pelo combate à economia de mercado, ao individualismo, ao liberalismo e a outros fatores que poderiam ser considerados como desvios ao projeto em curso de uma sociedade amplamente planificada.

Assim surgia um Estado intervencionista, totalitário, antiliberal, disciplinador e regulador que protegia e garantia aos indivíduos o direito à saúde, ao trabalho, etc., e se justificava por seu objetivo de nivelar a sociedade moçambicana. Suas ações dirigiam-se contra o imperialismo, o colonialismo, o capitalismo e também contra o obscurantismo (referentes às práticas culturais tradicionais do país), buscando afirmar uma unidade nacional (COLAÇO, 2001).

O capitalismo passou a ser substituído pela socialização dos meios de produção, as populações rurais saíram de suas casas em direção às “aldeias comunais” e às antigas fazendas coloniais (agora estatais) e o comércio e a indústria foram nacionalizados. As cosmologias tradicionais cristãs e islâmicas ou “obscurantismos” foram substituídos pelo “socialismo científico”. Em todas as fábricas e escolas havia uma sala com fotografias de Engels, Lênin, Marx, Samora Machel. A única instituição colonial que não só sobreviveu, como também se fortaleceu foi a língua portuguesa, mantida como língua oficial e disseminada através de programas de alfabetização (FRY, 2001).

Ainda segundo Fry (Idem, Ibidem.), Moçambique sofreu uma mudança política extremamente radical, marcando sua singularidade em relação ao colonialismo e ao seu poderoso vizinho, a África do Sul, com sua política de *apartheid*. Com a exacerbação da Guerra Fria e com a determinação dos países vizinhos de não abrir mão da supremacia branca, a África do Sul e a Rodésia do Sul, Moçambique passou a ser um país visto como uma ameaça à hegemonia do capitalismo na África Austral, assim como uma arriscada base de operações dos guerrilheiros nacionalistas que foram recebidos por Samora Machel em seu solo.

Rocha (2006) argumenta que a ala marxista da FRELIMO era hegemônica, mas os ideais socialistas não eram partilhados por uma parte dos membros do Partido, o que acabou levando ao êxodo dos críticos, indo, alguns dos mais inconformados, formar grupos oposicionistas diversos, alguns dos quais vieram a integrar o movimento rebelde que acabou se constituindo na Resistência Nacional de Moçambique, a RENAMO.

A orientação marxista-lenista da FRELIMO determinou uma certa hostilidade por parte dos regimes brancos dos países vizinhos. Sendo assim, de 1976 a 1980, tropas rodesianas castigaram as zonas fronteiriças, matando civis e refugiados, assim como destruindo infra-estruturas, e, para tornar mais eficazes os seus ataques em território moçambicano, o governo da Rodésia encorajou a formação da organização liderada por dissidentes da FRELIMO, levando-os a promover ações de desestabilização econômica contra Moçambique, apoiando a oposição armada de resistência nacional, a RENAMO, militarmente, financeiramente e logisticamente.

Em 1980 a Rodésia se tornou Zimbábue e a Renamo passou a ser incorporada pelo exército da África do Sul, sob a bandeira ideológica da democracia, ganhou apoio de antigos colonos portugueses ressentidos, assim como de Igrejas Protestantes americanas.

Sendo assim, uma guerra cada vez mais sangrenta se desenvolvia em Moçambique, até o final da década de 1980 quase todas as zonas rurais do país foram atingidas. As cidades e sedes dos distritos estavam elas, somente elas nas mãos do Governo. Centenas de milhares de pessoas foram mortas em combate, pela fome e por doenças associadas à guerra. Indivíduos refugiavam-se em países vizinhos, cerca de 15 milhões de pessoas. E nos últimos anos da década de 1980 as sucessivas secas contribuíram para reduzir, ainda mais, a atividade econômica do país. Muitos acreditavam que o próprio governo socialista estava colaborando com o declínio econômico e com o apoio interno à RENAMO.

Face a crise econômica generalizada, o Governo moçambicano procurou apoio dos países ocidentais e buscou negociar sua adesão às organizações financeiras internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Foram decisões tomadas em direção a uma liberação econômica que em 1987 culminaram na aplicação de um Programa de Reajustamento Estrutural (PRE), levando gradualmente a um abandono do marxismo-lenismo. Ao lado das medidas e iniciativas diplomáticas que objetivavam acabar com o isolamento de Moçambique em relação aos países ocidentais, estavam a renegociação da dívida externa e a mobilização de capitais necessários ao investimento. O Governo moçambicano estabeleceu um acordo de boa vizinhança com a África do Sul. E, em Março de

1984, os dois países assinaram o **Acordo de Nkomati** que tinha como objetivo impedir a continuação de ações de desestabilização contra o território moçambicano e, assim, isolar a RENAMO (ROCHA, 2006).

Em 1992 FRELIMO e RENAMO negociaram Acordo Geral de Paz cessando as hostilidades imediatamente, acordos que se efeturaram, então, por iniciativa de movimentos ligados às igrejas, negociações em Roma, em 1992, entre as lideranças dos dois movimentos. Desde o final da guerra civil em 1992, Moçambique já passou por quatro eleições presidenciais, sendo a última em 2009 - todas vencidas pela FRELIMO visando a reconciliação nacional (ROCHA, 2006). As eleições democráticas realizaram-se sob a égide das Nações Unidas.

Fry (2001) ressalta que Moçambique é um país que, ao longo dos últimos cinquenta anos, experimenta na carne dramáticas e rápidas mudanças econômicas e políticas. Foi em uma conjuntura política socialista, marcada por uma guerra civil, que surgiu a epidemia de HIV/Aids. Porém a evolução das formas de resposta à epidemia ocorreu em contexto de mudança de conjuntura, da situação político-militar do país - nos anos pós-guerra - e com o abraçar dos preceitos ideológicos da economia de mercado e da democracia neoliberal.

O primeiro caso de Aids em Moçambique foi diagnosticado em 1986 - tratava-se de um cidadão estrangeiro que já vinha infectado quando entrou no país - momento de implantação de uma ideologia socialista marxista-lenista. Matsinhe (2005) em seu livro “Tábula Rasa: Dinâmica da resposta moçambicana ao HIV/Sida” acrescenta que, apesar de o HIV/Aids ter surgido neste cenário sócio-político o ritmo de legitimação, identificação, apropriação e “domesticação”¹⁰ da epidemia em Moçambique assume a sua própria dinâmica e contornos.

2.1 Moçambique e o HIV/Aids: Seus números e fatos

A esperança média de vida dos moçambicanos é cerca de 40 anos. Razões que se justificam pelas poucas condições de higiene, assistência médica insuficiente e a epidemia do HIV/Aids. Uma média de 16% da população está infectada com o vírus que mata anualmente por volta de 100 mil pessoas. A malária também faz as suas vítimas, um quarto da população sofre de malária uma vez por ano (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2008).

¹⁰ “[domesticação] de algo de natureza selvagem, de fora da esfera doméstica [...]” (MATSINHE, 2005, p.157). Assunto, ainda, desenvolvido no subcapítulo 3.1.

A África subsaariana, e, sobretudo a África Austral, registra um dos quadros mais graves no mundo da epidemia de HIV/Aids. A emergência da epidemia na região é afetada por inúmeros problemas sociais e de saúde. Parker e Camargo Jr. (2000) agrupam os fatores estruturais facilitadores da disseminação do HIV/Aids em três categorias: 1. (sub)desenvolvimento econômico e pobreza; 2. Mobilidade, incluindo migração e trabalho sazonal; 3. Desigualdade de gênero. Esses autores acreditam que os complexos processos de globalização e de reestruturação da economia mundial, bem como a série de transformações subseqüentes nas estruturas das famílias, comunidades e sociedades, podem ser consideradas fatores relativos importantes a serem buscados no entendimento da evolução global da epidemia de HIV/Aids.

Moçambique situa-se entre oito países com a maior taxa de prevalência estimada de HIV em adultos que se encontram em idade reprodutiva. Dados de vigilância epidemiológica de 2007 mostram que a prevalência de HIV no país é duas vezes maior que a média subsaariana. Prevê-se que as estruturas da população no país se deterioremem rapidamente devido ao HIV/Aids, diminuindo a esperança de vida para 37 anos em 2010, em vez dos 50 anos projetados para uma situação sem HIV/Aids (WORLD BANK, 2008).

Dados do Unicef em Moçambique (2010) mostram que cerca de 70% dos moçambicanos vivem em zonas rurais, onde sua principal fonte de subsistência é a agricultura. Desde o início dos anos 90, com o final de uma guerra civil de 16 anos em 1992, a situação econômica de Moçambique tem tido um crescimento anual de 9%. No mesmo período, a proporção de Moçambicanos que vivem abaixo do limiar da pobreza passou de 69% para 54%, ultrapassando as metas definidas na primeira Estratégia para a Redução da Pobreza do Governo, conhecida como PARPA.

Grandes influxos de investimento externo se dão no país, onde a ajuda externa representa 15% do Produto Interno Bruto de Moçambique. Apesar da recuperação econômica, Moçambique encontra-se entre os 20 países mais pobres, em 172 lugar de 182 países no Índice de Desenvolvimento Humano de 2009. Cerca de metade da população adulta vive na pobreza. A pobreza torna os habitantes ainda mais vulneráveis às secas e cheias periódicas, o que impede que as famílias se recuperem do golpe dos desastres naturais e doenças (UNICEF, 2010).

Segundo INE, os dados referentes ao ano de 1997 revelam que 60.5% da população de Moçambique não sabe ler nem escrever. A taxa de analfabetismo varia com a idade: quanto mais avançada for a idade, mais elevada é a taxa. Ocorre uma variação da taxa segundo sexo,

pois os níveis de analfabetismo no sexo feminino são bastante superiores aos dos homens chegando a 74.1% contra 44.6%, respectivamente. Está na origem desta situação a prioridade estabelecida pelos progenitores para a educação dos filhos em detrimento das filhas. Ocorre também uma substancial variação das taxas de analfabetismo de acordo com a área de residência: a taxa nas áreas rurais é de 72.2% e nas urbanas é de 33.0%. A falta de escolas, a situação sócio-econômica da população rural, assim como dispersão populacional têm determinado um limitado acesso à educação.

Níveis educacionais baixos são considerados por muitos autores como um dos fatores centrais na disseminação do HIV/Aids. A posição do indivíduo na estrutura social é um importante preditor das suas condições de saúde. Nota-se que o padrão de risco observado é constantemente desvantajoso aos indivíduos que pertencem aos grupos sociais menos privilegiados (FONSECA; BASTOS; DERRICO; ANDRADE.; TRAVASSOS; SZWARCWALD, 2000).

Segundo Fonseca et al (2000) o nível educacional demonstra diferenças entre pessoas em relação ao acesso à informação, perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos, pois a renda representa, antes de tudo, acesso aos bens materiais, incluindo os serviços de saúde. O analfabetismo é preocupante em Moçambique, principalmente entre as mulheres, e isto também dificulta a compreensão e interpretação de informações disponíveis sobre HIV/Aids, que são essenciais para assimilar as formas de proteção e prevenção.

Podemos assim perceber que os contextos histórico, político e social do país muito favorecem para o aumento alarmante dos casos de infecção pelo HIV. Sendo a prevenção um dos eixos fundamentais na estratégia de se conter a doença (ACHKAR, 2004), as políticas de prevenção precisam levar em conta as conexões entre direitos humanos, saúde pública e transformações na estrutura social. A mudança da situação de contaminação implica em mudar uma relação que transpassa os limites da própria epidemia de HIV/Aids, e está fundada em valores psicologicamente e socialmente estabelecidos, valores esses que só se modificam muito lentamente.

Mapa 1. Mapa de Moçambique



Fonte: IDS¹¹, 2003

¹¹ Instituto Nacional de Estatística: Inquérito Demográfico e de Saúde, Maputo, Moçambique, 2003.

Capítulo 3

Mulheres Moçambicanas e o HIV/Aids: Uma questão de gênero?

“Eu sou a última a dormir e a primeira a acordar todos os dias”.
(L. 47 anos e casada)

O presente capítulo abordará questões relativas ao gênero. Considera-se Moçambique uma sociedade tradicional na qual as relações entre gêneros são regidas segundo o princípio hierárquico (Dumont, 1985).

3.1 Moçambique “Tradicional”

Dumont em seu livro “O individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna” (1985) desenvolve uma extensa análise sobre a ideologia individualista das sociedades modernas. O autor caracteriza a sociedade moderna em relação à sociedade tradicional como uma sociedade regida por uma configuração ideológica *individualista*.

Para Dumont, (Ibidem.) o *individualismo* é a ideologia que adota como categoria central o indivíduo, subordinando a ele a totalidade social. Em contraponto, Dumont descreve o holismo, ideologia característica das sociedades hierárquicas tradicionais, onde o valor central traz a primazia do todo social sobre o indivíduo, este considerado como uma parte do todo e a ele subordinada. As sociedades de configuração *individualista* se fundamentam, para o autor, na superação ao holismo, formação característica das sociedades tradicionais. Diz Dumont (Idem, Ibidem, p. 76):

[...] a concepção de *universitas*, isto é, do corpo social como um todo em que os homens vivos nada mais são do que as partes, pertence evidentemente às concepções tradicionais da sociedade. A partir desse estágio a evolução consistirá num enfraquecimento progressivo dessa concepção, a favor de uma outra: a de *societas*, ou associação pura e simples [...].

A ideologia moderna, individualista, faz do indivíduo o valor supremo. O indivíduo se torna, assim, um *ser moral* independente, autônomo, essencialmente não-submetido ao social. O indivíduo é, então, o portador dos valores supremos.

Szapiro (1998) destaca que nas sociedades modernas o indivíduo constituiu-se como categoria moral autônoma. A palavra *autonomia* traz a ideia de que cada indivíduo deve ter a possibilidade de criar as suas próprias normas. Esse ideário criou um imaginário de independência, que produz um tipo de enfrentamento, uma tensão permanente entre o “indivíduo autônomo” e a sociedade. Citando Foucault, em “Vigiar e Punir”, a autora ainda observa que a sociedade moderna possui mecanismos invisíveis de controle e de disciplinarização. Sendo assim, o poder nas sociedades modernas é exercido de maneira difusa, organizando-se de tal maneira que a ideia de escolha individual é, na verdade, determinada socialmente.

Szapiro e Féres-Carneiro, (2002) em seu artigo “Construções do feminino pós anos sessenta: O caso da maternidade como produção independente” citam Dumont como uma importante referência na compreensão da ideologia individualista como organizadora das sociedades ocidentais modernas. É Dumont que observa que, no caso das sociedades modernas, houve uma maximização do valor da “igualdade” valor que é intrínseco à categoria de indivíduo moderno. Nestas sociedades, não só a ideia de igualdade, mas também a ideia de desenvolvimento e de progresso sugerem ser o indivíduo um projeto aberto a possibilidades infinitas.

A ideologia do *individualismo*, para Dumont, (Idem, Ibidem.) subentende então as idéias de liberdade e igualdade. É na questão da maximização dos valores de liberdade e de igualdade que se estabelece à problemática da ideologia moderna. Um ser livre de todas as amarras pode gerar a idéia de que a responsabilidade por seus atos está em sua própria consciência.

[...] quando nada mais existe de ontologicamente real além do ser particular, quando a noção de “direito” se prende, não a uma ordem natural e social, mas ao ser humano particular, torna-se um indivíduo no sentido moderno do termo. [...] De um modo geral, e no plano social propriamente dito, já não há lugar para uma ideia de comunidade. Ela é suplantada pela liberdade do indivíduo [...]. (DUMONT, 1985, p. 79).

Ao contrário das sociedades de configuração *individualista*, as sociedades holistas tradicionais - como a Moçambicana - organizam-se segundo um princípio hierárquico, onde o ideal de igualdade entre seus indivíduos está ausente, não constitui um valor. Nestas sociedades tradicionais os indivíduos ocupam lugares sociais diferentes, harmônicos a uma espécie de ordem cósmica que os transcende, uma ordem preexistente aos indivíduos, que dá sentido, que regula o todo social (SZAPIRO; FÉRES-CARNEIRO, 2002). Nelas o princípio

hierárquico é o ordenador das diferenças, definindo, assim, o lugar de cada indivíduo. A ideia é que este lugar é destinado aos homens por forças superiores a eles, por exemplo pelos deuses ou por um deus. Assim, por exemplo, a idéia de “projeto” de vida, onde cada um tem a liberdade de “construir” o seu futuro é uma idéia moderna, e seria absolutamente impensável nas sociedades tradicionais. (SZAPIRO, 1998).

Velho (2008) afirma que as elites dominantes usam rótulos para designar as condutas e valores dos grupos que elas oprimem, não compreendem e, em poucos casos, querem compreender. Pode-se perceber assim a grande dificuldade contemporânea em lidar com indivíduos de culturas diferentes. Por mais que a ciência seja um saber pretendendo-se universal, com padrões objetivos na identificação de doenças e distúrbios (psicoses, perturbações, neuroses etc.), esse campo do conhecimento está marcado e balizado culturalmente.

A questão que se coloca seria então a de nos perguntarmos como analisar o caso de uma sociedade tradicional, uma sociedade que não pertence a esse quadro ideal de liberdade e de igualdade modernos? Como pensar uma sociedade tradicional, com suas singularidades e particularidades, em diversas escalas sociais, sem por isso mesmo desqualificá-la, ao contrário, tentando compreendê-la a partir de um outro paradigma de análise que não o moderno? Este é um desafio para os que pesquisam sobre os processos de mudança cultural que demandam as políticas e os programas de prevenção ao HIV/Aids.

Segundo Matsinhe (2005), no caso de Moçambique, a falta de registros sobre o que ocorre com os planos e discursos produzidos sobre o HIV/Aids costumam contribuir para um silenciamento, para uma forma de limitar o desenvolvimento de uma reflexão crítica sobre os paradigmas que muitas vezes são impostos, o que pode acarretar em conseqüências nem sempre positivas decorrentes das tentativas de domesticação¹² por parte das “classes tradutoras”, constituídas, diz Matsinhe (Ibidem.) por representantes das Organizações Não Governamentais, assim como das instituições governamentais.

Ainda segundo o autor, a circulação de conhecimento, de estratégias e políticas sobre o HIV/Aids cresce em um ritmo avassalador, ritmo esse que desafia a capacidade de gestão desse conhecimento, de definição de prioridades em sociedades com estrutura administrativa e organizacional relativamente frágil, como é o caso de Moçambique. Como conseqüência

¹² “Os diferentes grupos populacionais que povoam Moçambique têm potencialidades diferenciadas de apropriação e domesticação do pensamento e das mensagens homogenizantes veiculadas nas políticas e estratégias de luta contra a SIDA que, insistentemente, esquivam-se ao diálogo com essas percepções e representações [...]” (MATSINHE, 2005, p. 209).

percebe-se a possibilidade de perda do foco em relação à orientação das ações a serem implementadas.

Algumas das particularidades e singularidades da sociedade moçambicana encontram-se presentes nos discursos das mulheres entrevistadas. Falas, frases e colocações nos fazem perceber claramente esta sociedade como uma sociedade tradicional, na qual as relações entre gêneros são regidas segundo o princípio hierárquico.

As primeiras perguntas que fizemos nas entrevistas foram respondidas de modo a exemplificar essa configuração hierarquizada das relações entre os sexos em Moçambique. Langa (2006) em seu livro “Moçambique, mulheres e vida” utiliza-se do conceito “chefe de família” ao entrevistar mulheres moçambicanas. A maneira como essas mulheres respondiam a pergunta: “quem é chefe de família em sua casa?” Mostrou-nos a importância de desenvolvermos mais tal aspecto em nossas entrevistas, abrindo a oportunidade para o desenvolvimento de questões relacionadas à hierarquização dos sexos e à ideia das entrevistadas sobre a “mulher moçambicana”. Essas primeiras perguntas trabalham com a noção de família, formação familiar das entrevistadas, assim como seus valores familiares. Ao serem questionadas com relação a estes temas, três das quatro entrevistadas se referiram a figura masculina no lugar do chefe de família das suas casas. Exceto I. 28 anos, solteira, mãe de um filho e órfã de pai. Ela mora atualmente com a mãe e divide com a mesma a função de chefe de família cuidando do filho e da irmã mais nova. Ela disse:

[...] eu já fui chefe de família várias vezes. Que é saber como os meus filhos acordaram bem, que é o meu filho e a minha irmã [...] saber com que eles vão matar-bichar, almoçar, depois pensar no jantar. Depois garantir que os miúdos vão ter livros para ir a escola, tem...ah...voltar pra casa e dizer ‘como é que foi? Como é que foi?’ Rimos, não sei o quê e vamos nos deitar. Acho que fui chefe de família [risos] [...] Agora dividimos eu e a minha mãe, duas chefes facilita muito o trabalho [...].

Já C., 29 anos e solteira, quando questionada com relação ao chefe de família de sua casa, respondeu que é seu pai:

[...] primeiro porque ele é homem. Numa família em que o homem morre, quem o substitui é a esposa e isto cá em minha casa, ou cá em África é o homem, por quê? Porque é ele quem trabalha, aqui temos aquela noção de que a mulher não tem que trabalhar, a mulher tem que ficar em casa [...].

Na entrevista de C., palavras como *tradição* e *modernidade* são colocadas de forma clara, não estando apenas representadas de maneira indireta no seu discurso, por exemplo, quando relata uma situação em que brigou com o seu pai e saiu de casa por três dias, precisando que as suas irmãs mais velhas interferissem para que ela voltasse para casa, “[...]

elas me explicaram: ‘o teu pai antigamente a vida para ele era assim, agora estamos na idade moderna’. Para o meu pai, eu dizer que vou à discoteca é um insulto [...]”.

C. ressalta que as ordens do pai, como chefe de família, devem ser obedecidas em todas as circunstâncias, “[...] eu estava a tomar chá e eu não queria tomar um chá de uma folha tradicional avulsa, então eu queria aquele do pacotinho e ele não queria, então ele deitou o chá e foi por causa da teimosia [...]”. Podemos reparar no simbolismo presente nessa fala da entrevistada, na qual o pai representa a tradição e ela o comportamento atual e mais “moderno”.

No caso de **L. 47 anos e casada**, apesar de o marido ser considerado pela mesma o chefe de família, ela diz que não pode obedecê-lo sempre, “[...] ele dá as ordens, mas eu também, dividimos. Eu não posso obedecer tudo, o homem tem a parte dele, mas eu também tenho a minha. Eu às vezes digo não [...]”.

Apesar de encontrarmos relatos que reforçam ainda mais a nossa teoria quanto ao caráter tradicional da sociedade moçambicana, podemos perceber no discurso das entrevistadas como, sutilmente, a modernidade surge nesse contexto. Exemplo da fala de **R. 37 anos e casada** ao referir-se ao seu “esposo” como sendo chefe de família, esperando, assim, que ela acate as suas colocações:

[...] chefe de família é a pessoa que zela por tudo e mais alguma coisa, se tu tens uma questão a resolver, consultas a ele. Mas eu, como mulher, também tenho o direito de opinar em determinadas coisas, dar uma opinião e ele, se concordar tudo bem, mas se não concordar recuo [...].

Essas informações são importantes, pois nos sugerem de que modo se dão às relações entre os gêneros em Moçambique, onde, predominantemente, entre as mulheres entrevistadas, é o homem o principal responsável pela família. Fica claro, nos discursos das mesmas, uma busca por reconhecimento da sua palavra dentro do contexto familiar. Quando questionada com relação ao fato de precisar recuar quando a sua opinião diverge da do marido, **R.** diz:

[...] a tendência é aquela de que a mulher é o elo mais fraco, que tudo depende deles...não, estamos num mundo moderno pá. Eu trabalho, ele trabalha e cada um é dono do seu nariz. É pá, eu ajo assim pá, mas há quem diga que não, que o homem é sempre o homem e que tu tens que ajoelhar [...].

3.2 Uma questão de Gênero

“ A minha irmã mais velha
casou-se, ela já é Navarro,
já não é Sousa”.
(I. 28 anos e solteira)¹³

Heilborn (1993) em seu artigo “Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada” observa que gênero é um termo convencionalizado que significa a dimensão dos atributos culturais alocados a cada um dos sexos em contraste com a anátomo-fisiologia do seres humanos. A partir dos anos 70, multiplicaram-se as discussões em torno do conceito de gênero devido ao grande destaque que tomou naquela década o estudo sobre a problemática “da mulher” com o (re)surgimento do movimento feminista no final da década de 60 (Idem, *Ibidem.*).

O conceito de gênero, inicialmente utilizado pelas feministas americanas, questionava o papel exercido pela cultura quanto às identidades sexuais. Os estudos de gênero apresentavam modelos interpretativos que discutiam questões relacionadas à condição diferenciada de homens e mulheres na sociedade a partir de determinantes sócio-culturais. Campos de conhecimento diversos foram abertos a partir daí, levando as ciências humanas a se lançarem em problematizações que instauraram disputas e rupturas nos modelos naturalizados de compreensão da diferença sexual (SZAPIRO, 1998).

Para Szapiro (2003) foi, sobretudo, no decorrer do século XX quando se colocou fortemente nas nossas sociedades a questão da igualdade entre mulheres e homens. Esse século questionou a dominação masculina ressaltando-a como uma característica das nossas sociedades. Assim, o discurso feminista incorporando a causalidade dominante x dominado, presente nas lutas das minorias pelo ideal igualitário democrático marcou os movimentos sociais da época. Ainda segundo Szapiro (*op.cit.*), a força deste ideal democrático levado às últimas conseqüências vem desde então, promovendo, na contemporaneidade, uma hegemonia da perspectiva de concepção de um indivíduo que deve ser livre e autônomo, que não se quer mais determinado por qualquer valor que possa estabelecer limites à sua liberdade (Idem, *Ibidem.*).

Heilborn (*Ibidem.*) assinala também o feminismo como um exemplo de um desdobramento do efeito de autonomização sucessiva das esferas da vida social, característica da configuração individualista da sociedade moderna. Sendo assim, é natural que a literatura dedicada à questão feminina incorpore pressupostos individualistas.

¹³ Referindo-se a sua irmã já casada como não fazendo mais parte da sua família de origem.

Para Heilborn (Ibidem.), a discussão em torno da questão do gênero fornece elementos elucidativos desta configuração de repúdio à hierarquia, específica da sociedade moderna. A teoria do individualismo de Dumont nos oferece subsídios importantes sobre as razões pelas quais nas sociedades modernas a idéia de assimetria entre os gêneros se apresenta como ilegítima.

A permanência desta assimetria é, em geral, tomada como um insidioso substrato de hierarquia no interior de uma sociedade igualitária, substrato esse que despontaria em certas áreas da vida social. Como observa Szapiro (Ibidem.), é próprio de toda cultura significar e suportar de modo singular as diferenças entre os sexos. Assim, diz Szapiro, a diferenciação entre gênero e sexo, tal como enfatizadas nas lutas do século XX, não traria, nada de original, pois que a antropologia já demonstrou, exaustivamente, que as distinções entre gênero e sexo não são exclusivas das sociedades modernas (Idem, Ibidem.).

MATSINHE (2005), comentando sobre entrevistas que realizou em várias regiões de Moçambique, ressalta que, tanto por parte das mulheres quanto dos homens, subordinação e subserviência são características esperadas da mulher, que devem cuidar do homem, servir ao homem e satisfazê-lo em suas necessidades sexuais, assim como em outras necessidades.

O autor ressalta que, para as mulheres entrevistadas, “bom marido” é aquele que, mesmo tendo “amigas” ou mulheres fora da relação matrimonial, não abandona o lar, provendo aos filhos e à esposa com o que for necessário à subsistência dos mesmos.

L. 47 anos e casada refere-se ao marido como um “homem bom” cujo “único defeito” é gostar de vê-la sempre bonita, acrescenta que “[...] ele é muito, muito, muito amigo meu, ele não tem fim de semana com os amigos, ele sempre tem aquele cuidado [...]”. Em um outro momento da entrevista, **L.** relata sentir, muitas vezes, vontade de realizar "pequenas vinganças" contra as infidelidades do seu marido e diz:

[...] era uma maneira de me vingar, de me vingar, para ver aonde é que ele ia chegar com aquelas brincadeiras que ele fazia. Porque reter o homem em casa não é amantizando não, procurando amigo fora para conseguir, mas era colocando coisa na cabeça dele [...].

Sobre a realização dessas “vinganças” a entrevistada disse que muitas vezes pagava a algum homem “dez meticais” para que ele ameaçasse o seu marido através de uma ligação telefônica, ela pedia para que o homem dissesse:

[...] Senhor, cuidado, essa mulher é minha [fazendo referência à suposta amante] e eu vou te matar, senão eu vou pegar a tua mulher, eu agora estou a sair do trabalho e vou falar com a sua mulher que você está vendo a minha mulher [...].

L. justifica a sua atitude como uma maneira de manter o seu casamento “[...]isso era para conseguir manter o meu casamento, porque um homem quando amantiza fora, não vale a pena você se chatear, se chega em casa e você se chateia, aí ele vai fazer mais [...]”.

L. é uma mulher simples, que não foi alfabetizada. Uma Mulher que luta pelo seu dia a dia, pelas coisas básicas e necessárias da vida, como a “xima”¹⁴ na mesa. Uma Mulher que fala do seu homem como sendo a sua base de vida. Essa mulher me dá dicas de como manter um marido por perto, de como lutar pelo seu homem, pelo seu chão:

[...] um homem se prende pela barriga, quando em um dia ele não lambe os beiços com a minha comida, no dia seguinte faço algo para ele se lamber [...] pode por boa cama, pode por boa roupa, mas o segredo do casamento é a boa comida[...].

Através do discurso de L. fica evidente a relação hierarquizada entre os sexos presente na cultura moçambicana “[...] porque para o africano o casamento é ter comida, arroz e filhos. É cama e filhos em casa, não é relação sexual, o homem vai passear fora e chega em casa para fazer sexo só para fazer filhos, mas sexo só sexo [...]”. A entrevistada fala de violação doméstica em Moçambique como algo frequente “[...] por exemplo, o meu marido chega em casa, pode me bater e depois pede para fazer sexo [...]”. Acrescenta que muitas vezes a esposa nem sabe que o que está sendo feito pelo marido é um crime “[...] por não saber, a mulher pensa que aquilo é normal. Até pode ter o luxo de ir aos pais dela¹⁵ e dizer ‘eu quando bato nela, não quer dizer que eu não lhe amo, pois lhe bato e lhe peço para fazer sexo e ela nega’[...]”. L. diz que vem de uma província onde essa situação é muito comum, afirma que para as mulheres do campo é ainda pior, e se pergunta:

[...] será que as mulheres do campo sabem o que é prazer sexual? Não sabem [...] elas não sabem nem o que é beijar. Porque eles diziam que uma mulher não pode pedir ao homem para fazer sexo, só quem pode pedir é ele [...].

L. ressalta que, caso a mulher resolva pedir ao marido para fazer sexo, ele pode chamar “[...] as suas tias para perguntar (à esposa) ‘mas como você tá a pedir ao seu marido para fazer sexo?’[...]”. E a entrevistada conclui “[...] se você pede para fazer sexo é porque você é uma mulher de má vida, é o homem que tem que pedir [...]”.

¹⁴ Espécie de angu. A xima é feita com farinha de milho e acrescenta-se leite de coco, é um prato tradicional e popular no país.

¹⁵ Como colocou a entrevistada, os homens em algumas partes de Moçambique podem devolver a mulher quando esta não exerce o papel esperado dentro da relação.

Assim **L.** sublinha a postura esperada das mulheres quanto à posição hierárquica destas com relação à realização ou não do ato sexual. Quando questionada a respeito de como essa situação se dá dentro do seu casamento, ela disse:

[...] sexo é assim, estamos a falar do subir e do descer. Eu sou de uma província que eu vejo em uma relação sete ou oito filhos, mas a mulher não tem casa, não tem capulana, não tem nada, mas faz filhos e eu pergunto: sexo é prazer, né? É dormir na cama com um homem e sentir-me bem [...] pra mim não existe sexo, pra mim eu não faço sexo já há uns quinze anos [...].

I. 28 anos e solteira, em sua entrevista mostra, também, claramente, a relação hierarquizada entre os sexos na sociedade moçambicana. Comentando sobre o início de um namoro e sobre o fato de o namorado ser infiel, **I.** afirmou que “[...] epá, nem quero saber, quando é a mulher que está com o homem nem quer saber. Nem é não querer saber, é tipo vou ocupá-lo para mim, outros cuidados [...]”. Mostrando assim uma necessidade de “ocupá-lo” para que o mesmo não tenha tempo para outras relações, em um tipo de esforço por sua parte, com certos “cuidados” para que ele não procure algo fora do seu relacionamento.

Também **R., 37 anos e casada**, comenta sobre as infidelidades do marido. Apesar de estar consciente das outras relações do marido, ela diz que de “[...] nada adianta abrir os olhos, o que eu vou ver? [...]” Afirmando que não verá nada e assim ainda vai “estar a torturar” a si mesma e que mesmo estando de olhos abertos “[...] o que eu vou fazer? Qual é a reação que eu possa ter? É um caso complicado, é difícil gerir isso, pra mim é um bocado difícil [...]”. Deixando evidente, assim, que nenhuma atitude é tomada perante as infidelidades do marido por não saber que atitudes poderiam ser tomadas.

R. diz que os moçambicanos não sabem amar, ao contrário dos brasileiros, estes que de sua boca:

[...] saem coisas doces, coisas agradáveis, diferentes de nós cá, nós aqui não sabemos o que é amar pá, eu acho. Brasileiros são bons nessa matéria de amor, vocês são mais sentimentistas, vocês falam tudo do fundo do coração, mesmo que seja por um instante [...] tenho uma amiga que casou-se com um brasileiro e é tão carinhoso e amoroso [...].

As traições de **R. 37 anos e casada** são justificadas por ela como uma maneira de suportar as traições do próprio marido “[...] desvio mesmo, muitas vezes com ares de raiva mesmo, eu também, eu também...o que ele faz eu também posso fazer e até melhor, é por vingança mesmo, para alimentar o meu espírito também, também sou ser humana [...]”.

3.3 Mulheres Moçambicanas e o HIV/Aids

“Há muita mulher seropositiva
que morre dentro por
medo de sair fora”.
(L. 47 anos e casada)

Neste item, pretende-se refletir especificamente sobre a situação das mulheres em Moçambique com relação à epidemia de HIV/Aids, considerando que seu lugar nesta cultura ressalta uma relação entre os sexos movida pela hierarquia e pela separação entre sexo e procriação.

Em Moçambique, assim como nos demais países africanos, também vêm ocorrendo uma feminização da epidemia de Aids, sobretudo na faixa etária entre 15 e 39 anos, (o que não ocorre, até o momento, entre a população acima de 39 anos). Esse dado pode ser entendido não apenas a partir de referenciais das teorias sobre gênero universalizadas (PASSADOR; THOMAZ, 2006), mas também no interior de um quadro mais geral no qual a situação da mulher, neste país, tem características bastante peculiares. Segundo documento Publicado por Panos/SWAA (2001) o padrão mais freqüente de transmissão em Moçambique segue o esquema de relação em que o indivíduo, do sexo masculino, mais velho, HIV positivo, transmite o vírus a uma mulher mais jovem.

As diferenças de comportamentos entre homens e mulheres quanto aos fatores relacionados à exposição ao risco ao HIV podem estar, assim, diretamente relacionadas aos valores socioculturais daquele país constituindo referências do ponto de vista do significado que aquela sociedade atribui à diferença entre mulheres e homens (SZAPIRO; SILVA, 2003).

Estudos desenvolvidos na Swazilândia mostram que práticas culturais tradicionais podem ser um dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade da população ao vírus da Aids, principalmente na população feminina. As práticas que estariam associadas à vulnerabilidade das mulheres estariam ligadas às regras de socialização e ao papel subalterno das mulheres em uma dada cultura, (SOUSA, 2007).

Em relação à situação da mulher moçambicana, vê-se que o acesso desigual aos recursos, o analfabetismo, a dependência econômica e as desigualdades quanto ao poder e à autoridade na família, na comunidade e na sociedade em geral, reforçam uma situação que, na sociedade moderna, poderíamos nomear de subordinação, pois que contribuem para reduzir a participação das mulheres inclusive nos assuntos referentes à sua própria vida. A sexta-feira, por exemplo, é considerada, em Moçambique, o Dia do Homem. Neste dia o homem está livre para sair de casa e só voltar no domingo, sem obrigação alguma de prestar contas à família. É

comum que os homens mantenham relações extraconjugais. A violência doméstica é freqüente e mesmo as mulheres aprovam que a esposa deva apanhar, caso desobedeça ao marido (GILIO & FREITAS, 2008).

Parker e Camargo Jr. (2000) assinalam uma progressiva feminização da pobreza e miséria, ao se referirem ao fato de que, embora as mulheres tenham sido incorporadas ao mercado formal de trabalho, as que vivem em situação de pobreza estão cada vez mais excluídas, não apenas pela opressão de classes, mas também pela opressão de gênero. A relação entre pobreza, migração/mobilidade e vulnerabilidade ao HIV sugerem que os fatores político-econômicos que impulsionam a epidemia de HIV/Aids encontram-se intimamente associados à organização social de estruturas de gênero e sexualidade, sendo que esta conformação hierárquica faz as mulheres - principalmente as dos segmentos de baixa renda - extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV.

Moçambique, uma sociedade tradicional onde, portanto, as relações entre homens e mulheres não são igualitárias, revela uma dificuldade diante do discurso de prevenção ao HIV/Aids. Há uma distância entre este discurso - que supõe, como um dado de partida, o igualitarismo entre homens e mulheres, vistos como iguais e autônomos em suas escolhas - e o contexto cultural de uma sociedade de conformação não igualitária. Constata-se, assim, uma limitação do discurso - preventivo - que se apoia na informação e na responsabilidade individual como vetores de mudanças de comportamento quanto às práticas entre homens e mulheres.

Macia e Langa (2004) comentam que os estudos moçambicanos estão amarrados a uma versão da abordagem feminista baseada no modelo de Women in Development (WID), modelo que esteve em voga nos anos 1980, junto com o modelo do Gender and Development (GAD). De acordo com o WID, a maneira de se solucionar os problemas de desvantagens da mulher passaria pelo processo de criação de capacidades, sobretudo econômicas à mulher. O GAD, ao contrário do WID, estabelece três pontos de partida: 1. uma passagem da abordagem centrada na mulher para uma abordagem centrada no gênero; 2. adoção da ideia de que toda estrutura política, econômica e social e a sua relação com o desenvolvimento passam a ser examinados a partir da perspectiva das diferenças de gênero; 3. reconhecimento do fato de que para se alcançar a equidade de gênero são necessárias modificações profundas. Os autores acreditam que a construção da identidade masculina e feminina na sociedade moçambicana envolve, simultânea e cooperativamente, homens e mulheres.

Práticas culturais tradicionais podem ser vistas como um dos fatores que contribuem, segundo o que já assinalamos, para a vulnerabilidade da população ao vírus da AIDS, principalmente as mulheres. O uso do preservativo é hoje uma das maiores estratégias no combate às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, o que, numa sociedade de cultura tradicional se coloca como um problema.

Assim, o uso do preservativo na África tem sido muito debatido e discutido. Especialistas em saúde pública, em suas tentativas de promover o uso do preservativo, têm enfrentado oposições das religiões católica e Muçulmana, assim como a oposição de um moralismo tradicional. O ideal subjacente às representações das populações de algumas regiões da África sobre a sexualidade é de que a prática sexual é por essência um ato com fins de procriação, o que se contrapõe e torna secundário o medo e o conhecimento sobre a possibilidade de se adquirir o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Nesse contexto, homens e mulheres parecem ter atitudes negativas em relação à prevenção ao HIV. As mulheres, em função da sua dependência econômica e subjetiva frente aos homens, encontram-se em posição frágil para negociar o uso do preservativo (BOND; DOVER, 1997). Deste modo, como assinala Vermelho et al (1999), tratar da questão da Aids, sua possível prevenção, os suportes de saúde e social oferecidos, depende da diversidade dos aspectos simbólicos e culturais das sociedades onde a epidemia se dissemina.

Segundo Saldanha & Figueiredo (2003) atualmente vivemos um momento de acomodação face às enormes transformações sociais, econômicas e culturais no mundo. Tais transformações têm colocado homens e mulheres diante da necessidade de reestruturação de valores, pois nos deparamos com fenômenos sociais perturbadores, causados aqui por uma doença, a Aids, que, além de afetar o estado biológico faz ressurgir aspectos conflituosos das relações humanas, assim como as relações de poder entre os gêneros. As relações desiguais de poder e a dependência econômica, no que diz respeito às mulheres, principalmente nos países em desenvolvimento, limitam o acesso das mesmas a informações atualizadas e adequadas sobre o HIV/Aids. Podemos acrescentar a essa limitação de acesso às informações o fato dessas mulheres não se perceberem vulneráveis na medida em que consideram que cumprem o papel que socialmente se espera delas, como a dedicação ao trabalho doméstico, a reprodução, o cuidado com os filhos e a prática sexual monogâmica.

Podemos exemplificar essa vulnerabilidade das mulheres por conta do seu papel social através da fala de **C. 29 anos e solteira**, que nos mostra como a capacidade de procriação da

mulher e a sua fertilidade seriam um dos principais recursos que ela retém para manter o marido e preservar o lar:

[...] conheço vários que casam, ficam um mês e acabou. Na minha antiga relação uma das coisas que ele também separou-se era porque ela não lhe dá filhos. Aqui tem que fazer qualquer coisa, dão-lhe seis meses para mostrar algo [...] por isso que algumas casam-se já grávidas. Eu cá com a idade que tenho, tenho que ser casada, ter pelo menos dois filhos e ter a minha casa, mas se casas em um ano, dois anos e não acontece nada, o problema está contigo [...] a família dele [do marido] é que acha. Então o que fazem, ele tem que arranjar uma fora [...].

C. também diz em sua entrevista, que muitas mulheres moçambicanas deixam de usar a camisinha por ter a intenção de prender o homem através de uma gravidez:

[...] acho que os homens não usam muito, as mulheres é que agora usam mais, mas também há daquelas mulheres que não usam, pois querem algo em troca, querem um filho, querem pegar o homem [...].

Segundo MATSINHE (2005) a fertilidade surge no contexto moçambicano como uma maneira de confirmar a identidade social da mulher, como mulher e pessoa, a capacidade da mulher em ter filhos é vista como um valor. Pensando a partir da perspectiva de como o sexo está associado à capacidade de gerar filhos na sociedade moçambicana, o discurso do sexo seguro entra em contradição com essas crenças e práticas, deixando de estabelecer, assim, canais de diálogos conciliatórios. É provável então que os discursos preventivos apareçam como soluções drásticas, de perdas e rupturas com os valores considerados caros a estas populações.

Capítulo 4

Modernidade e o HIV/Aids

No presente capítulo, discutimos sobre o advento da medicina moderna e a tomada da vida pelo poder - o “biopoder” como denominou Foucault (1999) -, procurando estabelecer relações entre a medicina moderna e a medicina clássica considerando as vicissitudes da assimilação do discurso da medicina moderna à cultura da sociedade moçambicana.

4.1 Uma nova forma de olhar sobre a doença, o olhar biomédico

Foucault em “O nascimento da Clínica” (1999) fez uma análise da medicina moderna mostrando que essa medicina surgiu através de uma ruptura no olhar sobre a doença, tal como compreendia a medicina classificativa ou das espécies (séculos XVII e XVIII). O autor empreendeu uma análise arqueológica da medicina clínica destacando-se, na sua análise, dois níveis diferentes: o Olhar e a Linguagem.

A medicina Moderna estabeleceu-se como um discurso científico quando, afastando-se do campo teórico-especulativo, dedicou-se ao espaço da experiência. Ao rejeitar uma atitude predominantemente teórica, sistemática, filosófica típica da Idade Clássica, a medicina moderna teria ganho uma objetividade que veio a sustentar sua eficácia e originalidade. Como nos diz Foucault (2003, p.XI):

[...] o espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, dessa vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis. O olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz; abrindo-se, abre-se a verdade de uma primeira abertura [...].

Foucault contesta as concepções da história factual e da história epistemológica, dizendo que não foi na Modernidade e nem a partir da superação das ilusões subjetivas e infundadas que a medicina descobriu o seu objeto. A medicina não se tornou conceitual, quantitativa e rigorosa por ter superado o estágio de uma linguagem carregada de imagens, metáforas e analogias. A medicina Moderna, afirma Foucault, diz respeito a um outro objeto, ao se deslocar de um espaço de representação para um espaço objetivo, real; de um espaço de

configuração da doença, para um espaço de localização da doença, o espaço corpóreo individual. É nesse deslocamento que emerge uma nova linguagem (MACHADO, 1988).

O conceito de *biopoder*, na obra de Michael Foucault, constitui-se como um dispositivo de análise importante para a compreensão da Medicina Moderna. Através do conceito de *biopoder*, Foucault mostra que no século XIX uma nova forma de controle social, portanto, de poder por meio do discurso médico consolidou-se. Essa nova forma de poder se constituiu no que Foucault descreveu como a assunção da vida pelo poder, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de “estatização do biológico”, como ele mesmo expressou. Referindo-se à teoria clássica da soberania, na qual o soberano tinha o direito sobre a vida e morte dos seus súditos, Foucault (1999) destaca o poder soberano como, portanto, o poder de “fazer morrer” ou “deixar viver”.

A partir de fins do século XVII e em todo o decorrer do século XVIII, surgiu e instalou-se uma nova forma de poder sobre os corpos, que ele denominou de “tecnologia disciplinar do trabalho” (Idem, Ibidem, p. 288). Esta tecnologia era constituída por técnicas de poder centradas no corpo individual, que objetivavam aumentar a força útil dos corpos através de treinamento e do exercício.

Durante a segunda metade do século XVIII uma nova forma de poder se instaura, emergindo uma nova tecnologia de poder. Essa nova tecnologia, não mais disciplinar, não exclui a anterior, mas a integra, a embute e a modifica parcialmente. Essa nova forma de poder utiliza-se da anterior para poder se implementar. Enquanto a “tecnologia disciplinar do trabalho” se dirigia ao corpo, ao homem-corpo, esta nova tecnologia vai se dirigir à “população”, à esta multiplicidade, esta massa global afetada pelos processos próprios da vida, tais como o nascimento, a doença e a morte.

Assim, no final do século XVIII a doença passou a ser vista como fenômeno de população, não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida, mas a morte permanente que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece.

Ocorrem, então, duas tomadas de poder sobre o corpo - uma individualizante e outra massificante - que se faz em direção não ao homem-corpo, mas ao homem-espécie. Após a anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, surge, ao final do mesmo século, uma *biopolítica* da espécie humana (Idem, Ibidem.).

Os primeiros alvos de controle e objetos de saber dessa *biopolítica* encontram-se nas medições estatísticas das taxas de natalidade, de óbitos, de reprodução, de fecundidade. Trata-

se também do problema da morbidade, das endemias de doenças mais ou menos difíceis de extirpar, fatores permanentes de diminuição do tempo de trabalho e de subtração de forças. É das incapacidades biológicas, dos efeitos do meio que a *biopolítica* vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção do seu poder. Como coloca Foucault (1999, p. 293): “[...] a biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]”.

A *biopolítica* vai implantar mecanismos com funções muito diferentes das dos mecanismos disciplinares. Tais mecanismos intervêm essencialmente em estatísticas e medições globais, que buscam baixar a morbidade, encompridar a vida, estimular a natalidade. Trata-se, sobretudo, de estabelecer mecanismos reguladores que buscarão fixar um equilíbrio, estabelecer uma espécie de homeostase, de otimizar um estado de vida. Leva-se em conta os processos biológicos do homem-espécie assegurando sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação. Essa nova tecnologia de poder sobre a “população”, sobre o homem enquanto ser vivo é um poder contínuo, científico, uma regulamentação que consiste em “fazer viver” e “deixar morrer”.

O poder intervém cada vez mais buscando fazer viver, no “como” da vida, na maneira de viver, intervém buscando aumentar a vida, controlar seus acidentes, suas deficiências, até a morte. A morte representaria, então, o limite, a extremidade do poder. O poder só terá domínio de um modo global e estatístico sobre a morte, pois não se trata da morte propriamente dita, mas da mortalidade e suas taxas.

Ainda segundo Foucault (1999), a sexualidade no século XIX tornou-se, então, um campo de extrema importância. A sua importância se justificaria por diversos fatores, mas em especial pelo fato - sendo um comportamento corporal - de depender de um controle disciplinar em forma de vigília permanente. A sexualidade também se insere e adquire efeito por seus fatores biológicos e procriadores que concernem à unidade múltipla constituída pela população. Ou seja, a sexualidade por estar na encruzilhada do corpo e da população, depende da disciplina, mas também da regulamentação.

A grande valorização médica da sexualidade no século XIX teve seu princípio pela posição privilegiada que esta encontra entre organismo e população, entre corpo e fenômenos globais. Surge daí a idéia médica que coloca a sexualidade indisciplinada como tendo duas ordens de efeito: uma sobre o corpo indisciplinado que é imediatamente punido pelas doenças sexuais que tal comportamento atrai. E tem influências, também, no plano da população, uma

vez que se supõe que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade que vai ser perturbada durante gerações e gerações. Como coloca o autor (Idem, Ibidem, p.302):

[...] a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores [...].

A Aids, hoje, representa mais do que uma doença. É um fenômeno social que trouxe à tona um debate sobre valores ligados à sexualidade, às relações de gênero, à moral, aos direitos humanos e à vida. A sua alta incidência revela a permanência de um não controle da epidemia. O aumento exorbitante do número de infecções apresenta-se, então, como algo que escapa à normatização dos corpos e ao controle da vida.

A *biopolítica* encontra seu objeto na população e a sua ancoragem de saber na biomedicina e na estatística. O poder sobre a vida se instala por meio da instituição de diversos dispositivos de caráter sexual, pedagógico, clínico e penal, permitindo a capilarização das possibilidades de intervenção do Estado sobre a vida da população. Sendo assim, considerando que a sociedade moçambicana é uma sociedade ligada a valores tradicionais, referidos a uma sociedade pré-moderna¹⁶ podemos sugerir que o discurso preventivo ocidental e biomédico, quando levado àquele país, talvez se encontre deslocado de contexto, pois que segue uma lógica e um significado cultural diversos daquela sociedade (ASSMANN; PICH; GOMES; VAZ, 2007).

O encontro entre a biomedicina e as práticas tradicionais passa pelo confronto entre duas histórias, na verdade, entre dois desenvolvimentos históricos próprios, com dinâmicas específicas e particulares. Essa particularidade está, justamente, no cruzamento entre a história do surgimento de uma medicina científica - e sua institucionalização como “saber oficial” - e a história das concepções tradicionais de saúde e de cura, vinculadas à cultura de cada povo, neste caso ao povo moçambicano. Não se pode ignorar que as práticas da medicina tradicional, não estando de acordo com os preceitos da biomedicina, têm uma lógica, e uma função, e vale sublinhar sua eficácia.

O poder de certas “práticas mágicas” proclamadas por determinadas culturas, direcionadas a vários tipos de males, como descreve Lévi-Strauss (1975) em “O feiticeiro e sua magia”, tem a sua eficácia ligada às crenças na magia. Como Lévi-Strauss assinala, nestas

¹⁶ Castel em seu livro “A Insegurança social: O que é ser protegido?” (2005). A semelhança de Dumont Castel ressalta que *Pré-moderna* é uma sociedade onde o indivíduo é definido pelo lugar que ocupa numa ordem hierárquica. A análise de Castel será melhor desenvolvida no subcapítulo a seguir, Proteção e Modernidade.

culturas, pouco se deve perguntar sobre o uso de poções, cânticos e outras práticas do xamã. O feiticeiro cura. A sociedade sabe (e quer) que ele cure, o doente crê na cura e, por fim, o próprio feiticeiro acredita na sua magia. Trata-se, então, de pensar na lógica deste consenso e em como, nesse caso, a vontade de curar do curandeiro e o consenso que se cria em torno dos processos de cura, em uma determinada comunidade, legitimam as práticas de cura mágico-religiosas.

Então, o que será que acontece quando um saber se impõe a outro e tenta anulá-lo ou desvalorizá-lo? Será que as mulheres moçambicanas conseguem internalizar o que é proposto por esse discurso que procede de valores estranhos aos seus? Seria esse um dos motivos pelos quais o número de infecções continua crescendo ali? Esse saber do discurso da prevenção, ao se impor, parece não instituir uma prática efetiva, por estar desarticulado da singularidade daquela cultura. Poderia a ciência, que lida com fatos e relações entre fatos, ser re-elaborada à luz de toda uma crítica social, levando em consideração a história e cultura de um lugar?

4.2 Proteção e Modernidade

“O ser humano é senhor de si mesmo e proprietário de sua própria pessoa e das ações e do trabalho dessa mesma pessoa”
(Locke)

Robert Castel, na introdução de seu livro “Insegurança Social: O que é ser protegido?”, questiona: “[...] pois, o que poderá proteger-nos – a não ser Deus ou a morte – se, para estar plenamente em paz, é necessário poder controlar plenamente todas as circunstâncias imprevisíveis da vida? [...]” (CASTEL, 2005, p. 11).

O quadro da epidemia de Aids na África se apresenta como um risco para o próprio continente assim como para o mundo, se considerarmos o número exorbitante de pessoas infectadas diariamente, principalmente na África subsaariana. Pensando no modelo hegemônico ocidental - permeado por questões próprias e diferentes das do contexto moçambicano - e na questão de insegurança social tal como analisada por Castel (2005), podemos nos perguntar se os moçambicanos avaliam a sua situação atual como de fato insegura ou se, ao contrário, devido a uma história de uma sociedade que se encontra continuamente exposta aos estragos da guerra e aos riscos de penúria, de fome e de epidemias, por falta de uma experiência anterior, esta percepção de segurança social estaria simplesmente ausente do imaginário daquela sociedade. E neste caso, a pergunta “O que é ser protegido?” se transformaria em: O que é ser protegido para os Moçambicanos? Até que ponto os

moçambicanos esperam que o Estado lhes dê suporte para que se sintam seguros em suas vidas? Que tipo de respostas podemos esperar dos moçambicanos à pergunta inicial do livro de Castel? Fatores como castigos ancestrais, misticismos parecem permear o dia a dia dos moçambicanos. Para não respondermos a tais indagações com respostas apressadas, citaremos o próprio Castel quando ressalta que:

[...] ser protegido não é um estado ‘natural’. É uma situação construída, porque a insegurança não é uma peripécia que advém de maneira mais ou menos acidental, mas uma dimensão consubstancial à coexistência dos indivíduos numa sociedade moderna [...]” (CASTEL, 2005, p. 16 e 17).

O autor faz uma referência às configurações históricas diferentes da insegurança, como as “pré-modernas”, onde o indivíduo é definido pelo lugar que ocupa numa ordem hierárquica (como família, linhagem, grupos de vizinhança). A segurança é garantida com base na pertença direta a uma comunidade, que funciona a partir de um sistema de normas coletivas. A insegurança encontrada nesse tipo de sociedade é trazida pelos indivíduos e grupos que se desligaram dos sistemas de dependência-proteção comunitária.

Castel (Ibidem.) faz uma análise histórica da formação do Estado Moderno, ressaltando neste processo a mudança radical no estatuto do indivíduo: “[...] ele é reconhecido por si mesmo, independente de sua inscrição em grupos ou coletividades [...]” (Idem, Ibidem, p.14). Isto justificaria, de certa maneira, o discurso de prevenção ao HIV – presente em todas as partes do mundo ocidental e também em Moçambique – quando se valoriza a responsabilidade individual. De certo modo esta ênfase no indivíduo sugere que a erradicação do vírus depende quase que exclusivamente dos indivíduos, um a um, por esta razão é fundamental a informação técnica dada a este.

Monteiro (2002) afirma que os esforços para se conter a disseminação da epidemia estão também relacionados à busca da superação das desigualdades e injustiças sociais por meio de ações globais integradas. A autora enfatiza que mudanças na estrutura social que visem a conquista dos direitos básicos de cidadania e da equidade de oportunidades dos variados segmentos sociais e do gênero podem levar a diminuição da exposição ao HIV não bastando, assim, centralizar a responsabilidade unicamente no indivíduo.

A sociedade moderna tem como premissa a promoção do indivíduo. No projeto moderno o que passa a dar proteção ao indivíduo não é mais o grupo ao qual cada um pertence, mas sua “propriedade”. Castel (2003) sustenta uma abordagem centrada na análise das condições sociais objetivas que dotariam os homens da propriedade de si, considerando que um indivíduo não existe em substância. Para existir como indivíduo é necessário ter

suportes, ou seja, propriedade, que quer dizer a sua garantia de segurança diante dos imprevistos da existência. Apenas um indivíduo assegurado e protegido socialmente poderia desenvolver a propriedade de si, pois este indivíduo não dependeria de outros indivíduos, podendo proteger-se por si mesmo com os seus recursos. O que se subentende, portanto, é que o indivíduo liberta-se da dependência de outros indivíduos, não sendo mais propriedade de outros indivíduos, tornando-se proprietário de si através de seu trabalho.

No que se refere à proteção, o autor distingue dois tipos: a proteção civil, que diz respeito aos bens e às pessoas em um estado de direito, e a proteção social, que se refere aos riscos de doenças, aos acidentes, ao desemprego, à incapacidade de trabalho devido à idade. Sendo assim, o sentimento de insegurança se refere à possibilidade de estar à mercê de qualquer eventualidade. Se o indivíduo não estiver assegurado contra esses imprevistos, passa a viver a insegurança.

Para Castel (Idem, Ibidem.) ainda, ser protegido em uma sociedade moderna, em uma sociedade de indivíduos, é poder dispor de direitos e de condições mínimas de independência, lembrando que a proteção social não é somente a concessão de benefícios, mas uma condição básica para todos. A proteção social é a condição para formar uma sociedade de semelhantes.

Em Moçambique a situação se configura de maneira peculiar, pois depois de quase cinco séculos de influência ocidental, o país ainda vive em condições similares às que vivia o mundo ocidental no período das grandes epidemias. Portanto, é desnecessário dizer que a solução do problema não pode ser vista como de exclusiva responsabilidade do setor de saúde. As alternativas estariam no desenvolvimento das políticas públicas, responsabilidade das políticas econômicas internacionais e dos governos (ARAGON; BARRETO; TABBARD; CHAMBULE; SANTO; NOYA, 1994).

Castel (Ibidem.) afirma que a insegurança social é uma experiência que atravessou a história, suas expressões sempre colocadas de maneira discreta, pois aqueles que passaram por ela quase nunca tinham a palavra, a não ser quando esta explodia em “emoções populares”. A insegurança social não constituiria, no caso dos moçambicanos, uma novidade, ainda que as atenções do mundo estejam hoje mais voltadas para esse continente na tentativa de se buscar maneiras de conter os riscos que suas epidemias podem trazer para a humanidade.

Neste sentido devemos ter em conta, como acrescenta ainda Castel, que a insegurança social não alimenta somente a pobreza, ela age como um princípio de desmoralização, de dissociação social à maneira de um vírus que impregna a vida cotidiana. Dissolvendo os laços

sociais e minando as estruturas psíquicas dos indivíduos. Estar em insegurança permanente é não ter nenhum controle do presente, nem antecipar positivamente o futuro.

“[...] mas como poderia aquele que é corroído todos os dias pela insegurança projetar-se no futuro e planejar sua vida? A insegurança social faz desta vida um combate pela sobrevivência dia após dia, cuja saída é cada vez mais incerta[...]” (CASTEL, 2005. p.31).

Ou como acrescenta Levi-Strauss (1975, p.194): “[...] a integridade física não resiste à dissolução da personalidade social [...]”.

As mulheres moçambicanas vivem em uma sociedade onde as relações de gênero são hierarquizadas, onde os homens, geralmente, têm condições de sobrevivência superiores às mulheres, o que as torna dependentes financeiramente destes (SOUSA, 2003). Teriam essas mulheres esse constante “fantasma” da insegurança social em suas vidas? E a possibilidade de infecção cada vez mais presente pelo HIV/Aids? Mulheres com HIV/Aids perderiam sua segurança social quando esta parece estar diretamente relacionada ao seu casamento, como assinalamos nos discursos das entrevistadas? Estariam essas mulheres submetidas aos desejos dos seus parceiros, o que as impediria de colocar em prática atitudes que poderiam assegurar-lhes proteção contra o HIV/Aids? São perguntas que merecem uma reflexão cuidadosa.

O HIV/Aids surge como doença em um contexto de *transição* entre modernidade e pós-modernidade. Ressaltamos neste ponto a importância de pensarmos na epidemia do HIV/Aids, como uma doença recente na história da humanidade. Uma doença que se insere no campo social e é complexa em seus diversos significados, que vão para além da sua fatalidade enquanto doença, e que produzem efeitos ampliados em termos das subjetividades e da cultura.

4.3 Medicina tradicional e Curandeirismo

No período pós-independência em Moçambique, durante a fase de implementação do socialismo no país, o curandeirismo, a magia, o feitiço, foram agrupados sob o rótulo de “obscurantismo” e “tradicionalismo”. Dentro desse contexto, essas noções de estruturas cosmológicas passaram a ser acompanhadas por jornadas conscientes¹⁷ de procura de erradicação, tomando tais valores como arcaicos e impeditivos da implantação de uma sociedade moderna. A busca dos promotores do socialismo científico por erradicar tais práticas pode ter culminado em um maior secretismo na sua utilização, mas de modo algum na sua supressão. Em Moçambique, a interpretação das doenças não se esgota no diagnóstico clínico, em postos de saúde do país. Em algumas regiões podem ocorrer distinções, por parte dos próprios moçambicanos, entre as doenças tratáveis por curandeiros e doenças que podem ser tratadas nas unidades sanitárias. Sendo assim, a definição de doença muitas vezes ultrapassa as narrativas normativas promovidas pela medicina moderna, por exemplo, as campanhas de prevenção e conscientização sobre o HIV/Aids que circulam no país (MANTSINHE, 2005).

A ideia de contaminação em Moçambique acompanha diversas situações de doença como a morte e o período pós-morte, circunstâncias nas quais diferentes cerimônias de purificação são realizadas buscando “despoluir” o ambiente e restabelecer o equilíbrio. O feitiço e a magia fazem parte de um sistema cosmológico de esclarecimento do infortúnio, incluindo os praticantes da medicina moderna, que em discursos oficiais relutam em admitir qualquer relação com os feitiços, com a magia e com a medicina tradicional.

Estudos realizados em populações residentes de áreas mais periféricas - áreas distantes dos centros de decisão onde as pessoas são mais bem informadas e onde o pessoal da saúde é relativamente mais qualificado - relatam associações espirituais e sobrenaturais em torno do HIV/Aids. Muitas vezes os sintomas da doença são associados a alguma forma de feitiço ou maldição enviados por alguém por inveja ou ódio.

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa são moradoras de um grande centro, a capital do país, Maputo. É possível que, nesta condição - de moradoras de um centro urbano - elas não tenham feito associações de cura do HIV/Aids ou de tratamento dos sintomas com a medicina tradicional daquele país. Todas afirmaram ir ao Hospital Central de Maputo quando sentem que estão mal dispostas.

¹⁷ Buscando uma racionalização do feitiço e da magia, visando desmistificá-los.

C. 29 anos e solteira ao ser questionada sobre curandeirismo começa a rir e explica a diferença que vê entre curandeirismo e a medicina tradicional:

[...] nunca fui [ao curandeiro], mas antigamente, quando você tem uma dor [...] eles tem um medicamento especial que para elas [referindo-se à mãe e à avó] não é de curandeiro, elas no antigamente olhavam para uma árvore e sabiam que aquela raiz tratava isso ou tratava aquilo. Eu quando tenho cólica, não tomo esses comprimidos de farmácia, eu já tenho o meu comprimido que dizem que é tradicional, mas é a minha avó! Ela faz aquelas raízes, mas não tem nada a ver com o curandeiro [...].

Apesar do riso, **C.** pode ter sugerido alguma descrença em relação ao curandeirismo. Mais adiante na entrevista ela, entretanto, nos relata em que circunstâncias ela julga que pode ser afetada pela sua “magia”:

[...] ali às vezes é sorte no amor, no trabalho. Tem certas pessoas que, por exemplo, eu tenho um cargo de chefia bom que outras também gostariam de ter e o que elas fazem? Elas vão ao curandeiro e conseguem, mas isso é em um curto espaço de tempo. Elas vão ao curandeiro para tentar me tirar do cargo e algumas conseguem, mas elas tem um período curto [...] é uma espécie de magia e elas tem que ser rápidas [...].

Em seguida a **C.** explica de que maneira a “magia” pode atingi-la:

[...] eu tenho uma cadeira no trabalho que é minha e eu sempre chego lá e sento, então elas podem passar lá uma mão, qualquer coisa e eu chego lá e me sento e pode pegar. Pode durar uns três meses, mas nesses meses elas podem tentar denegrir a minha imagem, mas depois que a macumba desaparecer é que vem o arrependimento e dizem ‘não, mas não foi ela’, mas aí eu já não estou no posto. E aí ela fica a tentar superar a carga horária que eu tinha [...].

Quando é questionada quanto ao que pensa sobre os anúncios dos curandeiros nos jornais, nos quais eles prometem tratar tudo até HIV, **C.** acrescenta:

[...] há certas coisas que esses curandeiros põem no jornal que é para chamar o cliente, mas pessoas normais, mesmo as normais sabem que nesse momento não existe medicamento para tratar o HIV/Sida [...] curandeiro para nós cá em África, são coisas pontuais, fica no pensamento que dizem que curandeiro cura e eu já ouvi várias histórias que ao invés de curar o doente piora. Enquanto nos hospitais existem os antiretrovirais [...] mas que um curandeiro cura HIV/Sida, cura não sei o que não[...].

I. 28 anos, solteira mostra-se descrente do curandeirismo, apesar de participar de eventos familiares nos quais cultos são realizados:

[...] Eu não tenho assim uma espécie de contra curandeirismo, mas eu tenho na cabeça que cá os africanos sempre usam, os avós que, sempre há algo na família [...] fazem um culto geral, e levam todos, as crianças, toda família vai, até eu já

participei. Agora eu sozinha, assim entre amigas de vir a ser, fazer elas dizem ‘ah, mas vamos fazer não sei o que assim para os meninos, não sei’[...].

Quando questionada a respeito dos tratamentos realizados pelos curandeiros em casos de doenças **I.** diz que:

[...] ainda não me entrou na cabeça que eu precisaria deles se ficasse doente. Não sei se é pela maneira de pensar, não sei, não acho. Não estou a ver estar doente e ter cura para eles. Tenho uma dor, então vou a um curandeiro. Não consigo ver, ‘ah, to com uma dor na coxa, to com um corrimento’ e correr para eles, não, acho que não [...].

L. 47 anos e casada diz não gostar de ir ao curandeiro, assim como não gosta de ir ao hospital:

[...] eu não gosto muito do hospital, às vezes quando estou com dor de cabeça eu fico um dia dois pra sentir se é dor de cabeça normal ou não, não gosto de ir ao curandeiro. Eu nasci na tradição, né? Porque eu sei que o homem tem que ficar doente, o corpo é como um carro e eu não gosto de qualquer coisa ‘estou com dor de barriga vou ao hospital, estou com dor de barriga vou ao curandeiro’[...].

Pode-se perceber nos discursos das entrevistadas uma certa suspeita quanto à eficácia dos serviços da medicina tradicional. Essa dúvida que demonstram quanto à eficiência dos tratamentos tradicionais parece não abalar a crença das mesmas na “magia” que há por trás desses procedimentos.

Matsinhe (Ibidem.) salienta que há uma outra noção amplamente orientada pelos mesmos pressupostos correlatos à noção de feitiçaria, mas que assume seus próprios contornos que é a fatalidade que perpassa as representações sobre o HIV/Aids. Em um contexto onde a percepção sobre a finitude da vida é muito presente, percebemos em alguns discursos dúvidas e suspeitas quanto à eficácia tanto dos serviços da medicina moderna, quanto da tradicional. Da mesma maneira, como certos curandeiros não são bons o suficiente, a medicina moderna também passa por processos semelhantes de suspeitas.

No contexto moçambicano, modelos cosmológicos e contemporâneos são elaborados dentro de quadros de operações lógicas que incluem a força dos ancestrais, a magia, o feitiço, mas o discurso hegemônico sobre o HIV/Aids parece negligenciar o diálogo entre esses quadros de percepções. Ainda segundo o autor, a interpretação da doença pelos moçambicanos não se esgota no diagnóstico clínico, pois a definição das doenças para eles ultrapassa as narrativas normativas promovidas pela medicina moderna e pelas campanhas de prevenção. Assim sendo, a hierarquização dos valores segundo a medicina científica se faz em detrimento da medicina tradicional, implicando na desqualificação desta.

Capítulo 5

A face contemporânea de Moçambique:

Pós-modernidade e seus discursos

Em Moçambique, uma sociedade tradicional, a identidade social dos indivíduos se constrói a partir da tradição, da localidade e do parentesco. A sociedade moderna, diferentemente, caracteriza-se pelo rompimento com as tradições, com as práticas e preceitos preestabelecidos, enfatizando o cultivo das potencialidades individuais.

Em seu livro “A condição pós-moderna” Lyotard (2006) ressalta que o saber científico está intimamente ligado à legitimação, à regra, a um enunciado que deve apresentar um conjunto de condições para ser reconhecido como científico. O autor argumenta que o saber não se reduz à ciência e nem mesmo ao conhecimento como conjunto de enunciados descritivos que podem ser declarados verdadeiros ou falsos. Deste modo, no saber tradicional, lembra Lyotard, prevalece a forma narrativa e a sua composição por excelência encontra-se no relato, ao contrário das formas desenvolvidas dos discursos de saber científico. Assim, a pragmática da narrativa popular é auto legitimante, enquanto um relato científico não é válido sozinho, pois necessita de provas e pode sempre ser ultrapassado por novas descobertas que exigem novas provas.

Nesta perspectiva, o discurso narrativo se auto legitima pela pragmática da sua transmissão, sem ser necessária uma argumentação e provas, o que faz com que um cientista clássico o classifique como primitivo, subdesenvolvido, atrasado, feito de opiniões, selvagem, de costumes, de autoridade, de ignorâncias, de ideologias, relatos como fábulas, lendas, muito bons para crianças e mulheres. E, no melhor dos casos, buscar-se-á clarear esse obscurantismo, civilizar, desenvolver, educar. Segundo o autor, essa disparidade se dá pelo imperialismo cultural do Ocidente que comanda uma exigência por legitimação científica (Idem, Ibidem.).

Para o autor, nas sociedades tradicionais, a narrativa é concebida como veículo do saber, a tradição dos relatos é ao mesmo tempo a dos critérios que definem uma tríplice competência - “[...] saber-dizer, saber-ouvir, saber-fazer - em que se exercem as relações da

comunidade consigo mesma e com o que a cerca. O que se transmite nos relatos é o grupo de regras pragmáticas que constitui o vínculo social [...]” (Idem, Ibidem, p. 40).

Segundo Dufour (2005) assistimos atualmente a destruição do sujeito moderno, assim como vemos se instalar um novo sujeito, um sujeito que corresponde a uma fratura na modernidade, um sujeito que não é mais globalmente o mesmo que o que se apresentava há uma geração. Estas transformações indicam que passamos ao que Lyotard (2006) denominou “pós-modernidade” e esse novo sujeito que surge é o sujeito “pós-moderno”.

É a situação do *saber* nas sociedades mais desenvolvidas, nas sociedades *pós-modernas*, que configura o objeto da análise de Lyotard (Ibidem.). O autor postula que a condição pós-moderna se configura pelo fim das metanarrativas relacionadas à metafísica, pela deslegitimação dos grandes relatos da modernidade, substituídos hoje pelos pequenos relatos, considerando que o *pós-moderno* significa a incredulidade aos grandes esquemas explicativos que passariam a não oferecer mais garantias, caindo em descrédito.

Dufour (Ibidem.) acrescenta ainda que efetivamente chegamos a uma época em que presenciamos o desaparecimento das forças nas quais a “modernidade clássica” se ancorava. Ao desaparecimento das grandes ideologias dominantes e das grandes narrativas, paralelamente, soma-se a desaparecimento das vanguardas. Traços que, segundo o autor, devem ser tomados como sintomas significativos da mutação atual da modernidade, indicando o advento da pós-modernidade.

Essa mutação na modernidade corresponde a uma afirmação do processo de individuação, para Dufour, há muito tempo iniciado em nossas sociedades. Afirmação essa que mostra, argumenta ele, os novos gozos autorizados pelos progressos da autonomização do indivíduo, o que também não deixa de engendrar inéditos sofrimentos. O contexto da autonomização contínua do indivíduo invoca a perda das referências, das lições de moral à antiga. Moral que só pode ser feita “em nome de...”, enquanto no contexto atual não se sabe mais em nome de que ou de quem fazê-la (Idem, Ibidem.).

A modernidade via o progresso como uma maneira de domínio da razão e considerando para tal o lugar da ciência, das organizações políticas e da moral. O saber científico tornou-se na modernidade a única forma legítima de saber, negando legitimidade a outras formas de saber, como o saber narrativo. Na pós-modernidade a ideia de progresso foi substituída pela hegemonia da técnica, através do enorme avanço das tecnociências. Lyotard (Idem, Ibidem.) questiona a primazia da técnica sobre a ciência com a sua correspondente

autonomização e primazia, também, dos processos de crescimento econômico sobre os sócio-políticos.

Amorim (2009) analisa o emprego do termo *pós-modernidade*, considerando que este termo traz implícita a ideia de que mudanças sociais e culturais observáveis no mundo contemporâneo são de tal modo profundas que inauguram um paradigma de comportamentos e valores que não obedecem mais à lógica do funcionamento moderno, mudança que se estende também ao campo dos saberes. Neste campo, a *modernidade* correspondeu a uma ruptura que se estabeleceu nas sociedades ocidentais em relação às sociedades tradicionais. Enquanto nas sociedades tradicionais a difusão do saber organiza-se segundo a forma narrativa com a lógica de discurso das religiões e dos mitos, nas sociedades modernas ocorre o rompimento lento e progressivo dessa forma discursiva, dando surgimento a uma outra, cuja lógica dominante caracteriza-se pela racionalidade científica, pelo saber demonstrativo. A autora acrescenta que, se é verdade que o nosso mundo é *pós-moderno*, a difusão e a constituição do saber devem operar segundo uma forma discursiva que corresponda às profundas mudanças desse novo mundo.

Amorim (Ibidem.) assinala que em uma análise de textos teóricos, políticos e de produções culturais, pode-se perceber as transformações das formas de discurso e de saber do mundo contemporâneo. A forma de saber da sociedade pós-moderna é o saber pragmático, prático. Um saber que não obedece a nenhum regime de verdade, tendo como único critério de validação a sua eficácia. Assim, como não obedece a nenhum constrangimento coletivo ou simbólico, com vistas ao vínculo social, o que está em jogo para o saber pós-moderno é a sobrevivência do indivíduo num dado contexto. O saber pragmático mobiliza um tipo de inteligência que a autora denomina como sendo *inteligência da situação*.

A autora faz uma análise das diferenças entre as três formas de saber que dominaram a cultura ocidental: nas sociedades tradicionais o **saber narrativo**; nas sociedades modernas o **saber demonstrativo** e na sociedade pós-moderna o **saber pragmático**. Amorim (Ibidem.) privilegia em sua análise a identificação da forma de funcionamento discursivo de cada uma das formas de saber citadas. A forma discursiva de um saber é o que possibilita analisar a relação de alteridade, a que *outro* se dirige esse discurso e que lugar *lhe* é atribuído, levando em consideração, acrescenta Amorim, que é no interior de uma relação de alteridade que as identidades se tecem. Sendo assim, a análise das formas de discurso possibilita pensar a questão da identidade do sujeito que fala nas diferentes formas.

O saber narrativo, *Mythos*, organiza-se em uma forma discursiva ternária, onde o **Tu** desloca e altera os enunciados do **EU** atribuindo-lhe uma variedade de sentidos. O objeto do discurso transforma-se incessantemente, em função das interpretações próprias a esta forma de discurso. Esta seria a forma da fala humana de forma natural e espontânea, a fala das histórias, das conversas, onde o reconhecimento entre os sujeitos está em jogo. O interlocutor é a alteridade forte dessa forma de discurso.

No saber demonstrativo, *Logos*, o diálogo binário da lógica matemática é a forma discursiva de base. Nessa forma de saber, o interlocutor é excluído, ou seja, o **Tu** é excluído. Na forma discursiva binária, o diálogo dá-se entre o **Eu** e o **Ele** e a alteridade passa a ser atribuída ao objeto, o objeto da ciência, o objeto do discurso. Nesse caso, o reconhecimento entre os sujeitos não é o que está em jogo, mas sim o conhecimento de um objeto que se tenta estabilizar.

O saber pragmático é o saber que a autora identifica como a forma de saber predominante na pós-modernidade, o saber *Métis*. Este saber pode não se dar em discurso. Entretanto, *Logos* é discurso, pois nenhum trabalho em pesquisa é válido sem que o percurso que levou até ele seja elucidado em um discurso que possa torná-lo repetível e refutável por *outros*. *Mythos* também é discurso, pois narrar, trocar opiniões, experiências, conversar são atividades discursivas, onde o *outro* é convocado e convidado a alternar o lugar na cadeia enunciativa e contar, assim, outras histórias.

O saber *Métis* é qualificado pela autora como sendo um saber pré-discursivo ou infradiscursivo. Sem discurso, o saber *Métis* não dá lugar de participação e de compreensão a um *outro*. Sem reter-se em palavras, ele se constitui como um saber único, uma forma de “arte efêmera” que não se transmite ou se reproduz por não constituir memória coletiva. Amorim (Ibidem.) questiona para além das ciências humanas ou ciências em geral, e sim a partir do próprio *humano*, de que forma poderemos pensar o vínculo social sem o fundamento enunciativo. Observa que há outras formas de *Métis* que se dão em discurso. A forma enunciativa específica de *Métis* é aquela em que o lugar do **Eu** não se fixa, o **Eu** pode apresentar-se como **Tu** ou como **Ele**.

[...] falo como o outro, ou falo aquilo que suponho que o outro deseja que eu fale, ou ainda, falo o que o outro está falando. Troco de lugar com o outro sem que este seja prevenido, o que produz um efeito inquietante ou desnordeante pois, a certa altura, meu interlocutor se perde e não sabe mais quem está dizendo o quê, qual é o ponto de vista de um e de outro. As diferenças se fundem, se dissolvem e a relação *identidade/alteridade* deixa de fazer sentido. Ou melhor, a relação que se estabelece é uma relação de *metamorfose* em que o eu se torna o outro [...] (AMORIM, 2009, p. 14).

Segundo a autora, o discurso *Métis* se torna cada vez mais dominante e mais presente nos discursos teóricos. A dominância do saber pragmático e da inteligência de situação inaugura consequências profundas. Nas ciências humanas, que são ciências do discurso, as suas próprias condições de possibilidade precisarão ser repensadas, caso o paradigma da enunciação deixe de ser operante.

[...] podemos tentar caracterizar desde já o modo de relação alteridade/identidade que se encena nessa forma de saber [...] há um princípio de identificação, ou se preferirmos, de mimetismo na relação com o outro [...] o caçador imita o canto do pássaro ou o ritmo da presa para poder capturá-la [...] mais do que isso, a própria situação deve ser apreendida para saber unir-se a ela, tirar proveito de suas tendências e avançar em seus fluxos [...] (AMORIM, 2000, p. 7).

A distinção entre as três formas de discurso dominantes na cultura ocidental visam possibilitar uma análise dessas formas empíricas de saber, mas na prática elas aparecem sempre de maneira imbricada. As articulações entre as três são tão necessárias como problemáticas, não ocorrendo possibilidade de equilíbrio entre elas, pois seus modos de funcionamento se não são opostos, são, ao menos, radicalmente distintos. Segundo Amorim (2009, p.17) é importante que: “[...] lembremos que hegemonia de *Logos* produz cientificismo, assim como a hegemonia de *Mythos* produz obscurantismo, fundamentalismo. E a hegemonia de *Métis* parece estar produzindo [...] diluição de alteridade, esfacelamento do vínculo social, etc.”.

Cada uma das três formas de saber tem sua potência de construção e difusão e podem construir rico patrimônio para a inteligência humana. Além disso, a história nos mostra que não houve sucessão ou evolução no campo dos saberes, as três formas de saberes são atuais e sempre atuaram de um modo ou de outro.

Um exemplo dessa imbricação existente entre as formas de saber pode ser percebida no trabalho de Silva (2008), que traz reflexões interessantes em seu texto “A escrita pós-moderna de Mia Couto”, usando Lyotard como referência - ao escrever sobre a condição pós-moderna - e o escritor moçambicano Mia Couto, que em seus romances integra os saberes tradicionais da África, subsistentes nas culturas da oralidade, a uma literatura contemporânea. Trata-se de uma atitude de valorização do saber narrativo que se contrapõe a um modelo totalizador de conhecimento trazido pela ciência moderna.

Segundo a autora, na literatura africana de língua portuguesa vem ocorrendo uma problematização da relação existente entre saber narrativo (tradicional) e saber científico (moderno), coexistentes em um mesmo território. Ela identifica nesta literatura uma vontade

de se supervalorizar o saber narrativo das diferentes etnias como um possível traço de identidade da nação.

[...] tentação mais forte e mais imediata hoje em Moçambique é a de erguer aquilo que se apresenta como “tradição” para dar credibilidade a uma certa identidade. Quanto mais perto dessa “tradição” e de uma certa “oralidade” mais próximos estaríamos dessa tal moçambicanidade. Mas isso é uma ideia simplista contra a qual vou lutando. É preciso fazer um bocadinho o caminho com duas pernas: tem que ter um pé na tradição e outro pé na modernidade. Só assim se chega a um retrato capaz de respeitar as dinâmicas e as relações complexas do corpo moçambicano. (COUTO, 2005a, p. 207).

Segundo Couto (Ibidem.), a “identidade moçambicana” existe apenas na sua própria construção, nascendo do entrosamento de trocas e destrocas. No caso da literatura é o cruzamento entre a oralidade e a escrita. Mas, para ganhar existência na atualidade, Moçambique deve seguir o caminho da escrita.

Entramos no mundo pela porta da escrita, de uma escrita contaminada, ou melhor, fertilizada pela oralidade [...] Temos aqui um país que está a viver basicamente na oralidade, moram na oralidade, pensam e amam nesse universo. Aí eu funciono muito como tradutor. Tradutor não de línguas, mas desses universos (COUTO, 2005a, p.208).

Em um trecho de um dos seus romances “O último voo do flamingo”, Couto (2005) narra o conflito em que vivem alguns dos seus personagens, conflitos esses que se encontram em consonância com os embates entre o saber tradicional e o saber científico:

[...] afinal, nós estamos a gritar blasfêmias contra os antepassados. Estou a falar: é que, de outra maneira, não se entende como desataram a acontecer coisas que ninguém pode acreditar. Por exemplo, a semana passada um burro-macho deu parto uma criança. Nasceu uma pessoa de pele e pêlo, como eu e a Excelência. [...] aconteceu, assim mesmo, um bebé nasceu de um bicho. E ainda mais estranho: a criança vinha calçada de botas militares. [...] O jornalista da rádio, o radiofonista, até queria dar a notícia, mas eu não autorizei. São coisas que dá vergonha em termos de civilização e da democracia [...]. Fui chamado para comprovar a verdade do acontecimento do burro. Mas recusei. Confesso, Excelência: tinha receio. Não medo, receio. E se fosse tudo factualmente autenticada verdade? Como se pode combinar a explicação da coisa, conforme a actual vigência de ideias? Ou mesmo consoante a antiga conjuntura marxista-leninista? [...] (COUTO, 2005, p. 169-170).

Essa articulação e imbricação que se faz presente nas formas de saber da cultura ocidental pode ser observada dentro da temática do discurso preventivo em Moçambique. A ausência de equilíbrio e harmonia característicos da interjunção desses saberes pode ser exemplificada através dos discursos dos curandeiros tradicionais de Moçambique. Como

mostra uma reportagem do jornal O Globo¹⁸, ao ilustrar a narrativa presente no processo de arriscar-se, curar-se e adoecer no país. Assim, podemos nos perguntar: dentro de um contexto, de uma cultura tão particular, onde o discurso narrativo tem forte predominância, como um discurso pautado em um saber científico - o discurso da prevenção e do risco ambos presente em Moçambique - é compreendido pelos moçambicanos? Vimos que esse discurso parece apresentar um abismo cultural entre o que é dito, pelas campanhas e discursos preventivos, e o que é assimilado pela população moçambicana.

[...] existe o mito disseminado de que a relação com uma virgem vai livrar o homem do HIV. E há curandeiros que dizem que se um homem dormir com a sua filha, o tratamento vai correr bem. E ele ainda vai ficar rico. Alguns curandeiros dizem que o sangue de um animal pode livrar o homem do vírus, mesmo que ele tenha feito sexo sem camisinha, mas outros recomendam o sexo com a filha virgem [...] (JORNAL O GLOBO, 2009, p.37).

O foco principal desse capítulo é desenvolver uma análise baseada no contraponto entre o caráter pré-moderno de Moçambique e o discurso pós-moderno - um discurso que se impõe como hegemônico - de risco e prevenção ao HIV/Aids e que vigora nas campanhas de combate à doença. Sendo assim, abordaremos os conceitos que se inserem no discurso “pós-moderno” da epidemia.

5.1 Saúde e Risco: Uma problemática pós-moderna

Desde o início da epidemia de HIV/Aids os esforços preventivos vêm apostando na promoção de campanhas que busquem divulgar informações sobre o risco presente em determinadas práticas, em especial nas práticas sexuais.

Parker (1994) relata que os usuários de drogas e os receptores de sangue passaram a se tornar cada vez mais vulneráveis à contaminação do HIV/Aids, mas a disseminação por via sexual mostrou-se a principal forma de transmissão da doença na última década. Com as formas de transmissão assim delimitadas, alguns grupos passaram a ser considerados *grupos de risco*, gerando-se um cordão imaginário de isolamento em torno desses grupos. Esta situação se colocava como um dos problemas para prática da prevenção, uma vez que uma parcela da população acreditava não precisar se prevenir.

¹⁸ Jornal O Globo, Caderno de Ciência, Saúde. Epidemia de AIDS. Crença que mata: Crenças e tradições arraigadas ajudam a disseminar HIV em Moçambique e outros países africanos. 6 de setembro de 2009.

Entretanto, com o decorrer dos anos a epidemia passou a atingir todo corpo social, ampliando seu alcance para além de grupos sociais e faixas etárias determinadas. Assim, gradativamente, o uso da terminologia *grupo de risco* foi perdendo a sua importância e passando a ser substituída conceitualmente por *comportamento de risco* e, posteriormente, pela noção de vulnerabilidade (Ibidem.).

A Aids permanece, porém, sendo vista como doença do outro, distante, aterrorizante e circunscrita em uma região onde a grande maioria da população supostamente não transita. A África é geralmente vista pelo mundo todo como este lugar distante, exótico, onde as formas de sexualidade aproximam-se da promiscuidade, onde se tem o menor controle possível sobre as formas de transmissão que aumentam a epidemia devido a uma sexualidade por demais exacerbada. A Aids coloca em questão a sexualidade em sua multiplicidade de formas, sentidos e práticas, o que torna a sua discussão ainda mais complexa e delicada, pois abarca temas polêmicos como as diferenças sexuais, a heterogeneidade do desejo, a intimidade e o prazer e toda compreensão de alteridade em declínio na pós-modernidade¹⁹.

Na concepção de Castel (1987), o conceito de “risco” está ligado à previsibilidade de um acontecimento, dos respectivos prejuízos e custos que devem ser previamente avaliados. Se o “risco” é algo que devemos e podemos controlar e prever - obedecendo a certa racionalidade - teríamos a possibilidade de moldar os acontecimentos das nossas vidas e o que acontecesse conosco seria resultado dos nossos posicionamentos e das nossas escolhas. As novas estratégias sociais e médico-psicológicas que se pretendem preventivas fazem da prevenção um dispositivo de rastreamento dos riscos. Um risco não seria o resultado de um perigo preciso, trazido por um grupo de indivíduos ou por uma pessoa, mas de um olhar sobre um acontecimento em relação a *fatores* de risco que tornam mais ou menos provável o aparecimento de efeitos indesejáveis. Sendo assim, prevenir é primeiro vigiar, antecipar-se com relação a emergências de acontecimentos indesejáveis no seio de populações estatísticas, assinaladas como portadoras de riscos.

Diferentemente do modo de vigilância das técnicas disciplinares tradicionais analisadas por Foucault a partir do modelo do Panopticon²⁰, onde a vigilância pressupunha a co-presença dos controladores num espaço homogêneo que o olhar varre, as novas políticas preventivas tratam, não dos indivíduos, mas sim de fatores, de correlações estatísticas. Tratam de uma vigilância que mesmo à distância, suscita sempre alvos materiais e precisos. “[...]”

¹⁹ Questão melhor desenvolvida no subcapítulo a seguir onde enfatizamos a questão do laço social na pós-modernidade

²⁰ FOUCAULT, M. Vigiar e Punir. Gallimard, 1975.

trata-se menos de afrontar uma situação já perigosa do que de antecipar todas as figuras possíveis da irrupção do perigo. E, o que marca assim em oco o lugar do perigo é uma distância avaliável em relação às normas médias [...]” (CASTEL, 1987, p.126).

Segundo Szapiro (2005), nesta cultura do risco em que vivemos atualmente passamos a “administrar” a vida minimizando riscos, submetidos à ideia de que há que vencê-los ou ser por eles vencidos. A derrota é vista como um grande incômodo, já que somos, individualmente, responsáveis pelos nossos eventuais fracassos. O sujeito é, neste contexto, o único responsável pela sua vitória ou pelo seu fracasso.

O discurso da prevenção focaliza as práticas sexuais objetivamente, nos termos do que se deve e não se deve fazer neste campo. As estratégias de regulação que se encontram presentes no discurso médico operadas pelo trabalho de prevenção produzem uma exclusão de toda a dimensão simbólica inerente ao exercício da sexualidade humana. (SZAPIRO; SILVA, 2003).

É no espaço íntimo por excelência, no momento da prática sexual onde se espera que as pessoas exercitem as recomendações feitas pelo discurso preventivo. As políticas públicas de prevenção pretendem, através das recomendações e da transmissão de informações sobre a doença e seus modos de transmissão, chegar a esse espaço. Enquanto estratégia de prevenção, tais políticas partem, portanto, do pressuposto de que o espaço íntimo pode ser modificado racionalmente, fazendo do conhecimento adquirido sobre a doença o motor de “mudanças comportamentais”.

5.2 Prevenção e pós-modernidade

“É sobre-humano amar
'cê sabe muito bem
É sobre-humano amar, sentir,
Doer, gozar
Ser feliz”
(José Miguel Winisk)

Para Lyotard (2006) a noção moderna de progresso foi substituída na pós-modernidade pela problemática do avanço do complexo informacional tecnocientífico. Um determinado modelo se estabelece como o mais realista por ser considerado o mais científico. A legitimidade vinda do discurso científico pretere um discurso que não esteja em um patamar cientificamente comprovável, como o caso do discurso narrativo presente nas sociedades tradicionais, discurso esse que, dentro do seu contexto cultural, constitui-se como uma forma de saber.

Szapiro (2009) observa que o advento da pós-modernidade nos colocou frente a questões complexas do ponto de vista do sujeito e do laço social, referindo-se às consequências nas subjetividades do processo de autonomização da técnica sobre a ciência e de sua hegemonia. A emergência de um novo capitalismo, pós-industrial, a partir das últimas décadas do século XX, caucionado na dominância de um pensamento liberal, mostra claramente a relação existente entre uma economia liberal desregulamentadora do Estado Moderno e mudanças na concepção da condição humana. Um novo cenário se configura, cenário caracterizado por uma ampla hegemonia da técnica e pelo abandono e descrédito da questão da verdade.

O pensamento liberal se sustenta através da astúcia (*métis*) e, pretendendo-se neutro, reveste seus argumentos de uma doce naturalidade. Fazendo ideologia passar por razão científica, o pensamento liberal promove um ataque, astutamente, àquilo que constitui propriamente o humano: a sua dimensão simbólica. O ataque à dimensão simbólica conduz ao abandono das antigas indagações sobre o sujeito, construindo um mundo onde o homem se volta aos aspectos imediatos e funcionais da sua existência. Este imediatismo existe no quadro de uma nova concepção de tempo, em um ritmo acelerado de acumulação de riquezas, com novos valores relativos à experiência passada e projetos de futuro. Este imediatismo se reflete nas relações do sujeito com o *outro* (SZAPIRO, 2009).

A hegemonia da técnica determinou uma mudança no estatuto do saber. O valor do conhecimento hoje encontra-se ligado a sua funcionalidade, o que se sintetiza na forma atual de referência às “tecnociências”. Em um discurso onde o pressuposto é a neutralidade, as tecnociências apresentam um discurso “incontestável”.

[...] a visão tecnicista da condição humana submete todo sentido da experiência humana ao imperativo da utilidade, dessimbolizando, de certo modo, as trocas sociais. Assim, conhecer se resume, hoje, a apenas procurar respostas úteis a tudo ou a quase tudo, até mesmo àquilo que na modernidade se encontrava para além do limite do possível [...] (SZAPIRO, p. 82, 2009).

A autora observa que é nesse sentido que devemos analisar as consequências dessa tecnicização do humano, pois à medida que a vida fica reduzida à pura funcionalidade, há que se questionar de que maneira os homens construirão laço social de modo a fazer sociedade. O saber, quando resumido à sua aplicabilidade, não liga gerações e, sem a transmissão dos conhecimentos acumulados pelas gerações que a antecederam, este saber não constitui mais referência para as futuras gerações.

Nesse novo projeto humano, não há mais a busca pela verdade, o conhecimento reduz-se a um mero objeto de consumo, a um valor de troca. Assim, os aspectos morais, políticos e culturais perdem a sua significância diante do novo ideal de busca por um conhecimento que se vê capaz de ultrapassar a própria condição humana de mortalidade. E, nos novos tempos de hegemonia da técnica, deixamos de nos perguntar sobre o *porquê*, interrogamos apenas o *como*?

5.2.1 Preservativo e Prevenção

Como analisamos acima, a idéia moderna de progresso, foi na pós-modernidade substituída pela idéia motriz de desenvolvimento das tecnociências. É no interior desse advento pós-moderno que a camisinha surge como um investimento tecnológico, um artefato que se insere no contexto de primazia das tecnociências. O discurso médico de prevenção, normatizador, hegemônico e pós-moderno - próprio à cultura ocidental - discurso que vigora nas campanhas de combate ao HIV e que busca inserir-se em Moçambique, preconiza o uso do preservativo como o único método eficaz de controle da infecção por via sexual. Sendo assim, podemos analisar a recomendação de utilização do preservativo como um exemplo da problemática relativa à convergência entre o conhecimento transmitido às mulheres entrevistadas sobre os meios de prevenção ao HIV/Aids e as crenças destas mulheres ligadas à singularidade da sua cultura.

Podemos pensar também, que essa problemática se estende ao fato de que o discurso preventivo, como o saber dominado pela *Métis*, é um discurso que não dá lugar à alteridade, é um discurso sem discurso, sem troca (AMORIM, 2009). Sendo assim, cabe ao outro apenas internalizá-lo sem espaço para participação ou crítica. Dessa forma, a maneira como esse discurso chega a uma cultura específica, como a moçambicana, pode ser interpretada como uma espécie de neocolonialismo promovido por estrangeiros, um discurso que se impõe. Como questiona Amorim (2009) de que forma poderemos pensar o vínculo social sem o fundamento enunciativo?

A ideia de sexo seguro nas entrevistas aparece sempre associada ao uso do preservativo. Duas das entrevistadas, ambas solteiras, se referiram ao “*teste*” [teste de HIV] como uma maneira de fazer sexo seguro sem o uso do preservativo. Apesar do uso da camisinha ser reconhecido como eficaz no combate ao HIV/Aids pelas entrevistadas, podemos perceber, pelas suas falas, que, na prática, as coisas acabam tomando rumos diferentes, ou seja, saber da sua importância como forma de prevenção a doenças não institui, necessariamente, o seu uso.

Com relação ao preservativo, nas entrevistas foram feitas as seguintes perguntas: O que é para você fazer sexo seguro? O que você faz para não correr o risco de ser contaminada? E a camisinha? O que significa para você usar a camisinha? A camisinha diminui o prazer? Você deixaria ou já deixou de usar camisinha para sentir mais prazer? Como você se sente ou sentiria se tivesse que pedir ao seu parceiro para que usasse a

camisinha? O que significa ou significaria para você se o seu parceiro pedisse que você usasse camisinha? Algumas destas perguntas muitas vezes não precisaram ser feitas, pois as entrevistadas as desenvolviam naturalmente quando questionadas a respeito do uso do preservativo.

As entrevistas nos mostram mulheres que olham para os fatos de sua vida, para os seus relacionamentos de uma maneira nua e crua. Ao mesmo tempo elas não têm autonomia suficiente para determinar novas posturas dentro da relação, como instituir o uso do preservativo. Muitas vezes sentem-se impelidas a usar uma “*desculpa*” para o uso do preservativo ao invés de ter uma conversa direta com o parceiro, como coloca **I. 28 anos e solteira** “[...] a camisinha para mim é até normal, eu não vejo problema nenhum em você estar em uma relação e usar a camisinha, fico preocupada é quando não podemos usar [...]”. Justificando o motivo de nem sempre “poder” usar a camisinha **I.** acrescenta que na maioria das vezes é “ah, mas nós já nos conhecemos há tanto tempo, você é a mulher que eu quero, você é gostosa, pra que pensar nisso agora, isso tá muito bom e [...]”. Relatando que acha “muito chato” ter que discutir essas coisas com o namorado, mas que a única escapatória que tem é a conversa:

[...] quando há conversa tu até podes ver como fazes que o homem vista, ou arranja outra desculpa, qualquer coisa para usar a camisinha, mas tem uns que é difícil [...] tenho que perguntar para, ele tenho que inventar qualquer coisa, mas ainda não consegui dizer ‘vamos começar a usar camisinha!’ [...].

C. 29 anos e solteira referindo-se, também, à necessidade de usar uma justificativa para o uso do preservativo em um relacionamento com um homem casado “[...] eu lhe disse ‘olha’, tive que contar uma história, ‘uma vez que tu és casado, não adianta eu ter um filho, tu és casado e não vai ficar comigo’[...]”.

C. ao ser questionada quanto a resistência ao uso do preservativo entre homens e mulheres, ressaltou “[...] acho que os homens não usam muito, as mulheres é que agora usam mais, mas também há daquelas mulheres que não usam, pois querem algo em troca, querem um filho, querem pegar o homem [...]”.

Como exemplificado acima, **I. 28 anos e solteira** deixa clara a sua preocupação quanto ao uso da camisinha em suas relações sexuais. Mas em um outro momento da entrevista mostra como é “diferente” quando não a usa “[...] sem a camisinha é diferente, é (risos) é diferente, molham-se é toda a bagunça [...]”. No seu atual relacionamento a entrevistada não usa camisinha e relata que isso se deve ao período de convívio do casal, mas que mesmo assim fica preocupada após as relações “[...] vem pela convivência, então é

diferente quando, na primeira sem camisinha você fica naquela, fica difícil para mim, aquilo não me sai da cabeça, mas depois já tá tudo bom, tu vais para as nuvens e esquece, acabou, relaxa e aquilo volta [...]”.

Segundo Matsinhe (2005), vários estereótipos são associados ao preservativo masculino, estereótipos que comportam insinuações, percepções e significados variados. A maior parte deles associa a camisinha à obstrução dos fluídos sexuais (carregados de valores e significações), bem como um fator de impedimento do prazer de uma maneira mais plena.

Para **I.** a “convivência” do casal abre espaço ao não uso da camisinha. O convívio do casal leva à confiança, à ideia de segurança dentro da relação, lugar onde a doença, teoricamente, não chegaria. Matsinhe (2005) coloca que homens e mulheres veem naquele que tem a iniciativa de sugerir ou solicitar o uso do preservativo um sinal de desconfiança, o que sugere a ideia de que fazer sexo sem camisinha é uma prova de confiança. Sendo assim, podemos supor que a necessidade dessas mulheres de justificarem com “desculpas” o uso do preservativo possa ser influenciada por essas narrativas de confiança. Como acrescenta a entrevistada supracitada: “[...] eu abro as pernas sim, mas se houver confiança, se houver um compromisso [...]”.

Quando questionada a respeito de como o seu atual namorado reagiria caso ela resolvesse começar a usar a camisinha nas relações sexuais do casal, **I.** disse que “[...] a primeira pergunta dele seria ‘por que?’ Ou acharia que eu estou maluca... Sim, se tivesse que acontecer alguma coisa já teria acontecido, já estamos esse tempo todo juntos a transar sem camisinha [...]”.

Outras duas entrevistadas também trazem a questão da confiança associada ao uso do preservativo. **R. 37 anos e casada** relata conseguir relaxar durante o ato sexual com o marido quando não usam preservativo e se questiona quanto ao não uso do mesmo:

[...] ‘por que eu tenho que fazer isso se ele é meu marido?’ Vem esse pensamento em mim e eu penso ‘se eu faço isso sem a camisinha será que eu abro a porta para trazer a doença verdadeira parar aqui em casa?’ Os meus exames estão aqui e se ele diz que em casa ele faz com a mulher de camisinha é porque lá fora ele faz abertamente e com certeza é lá onde ele vai colher essas coisas. E se um dia eu não queira fazer com ele sem camisinha o que será de mim? [...] Eu sei onde que eu ponho os meus pés, e eu sei lá onde que ele põe os seus pés, é difícil [...].

Ou Como no caso de **L. 47 anos e casada** que quando questionada a respeito do uso do preservativo afirma “a camisinha sou eu” explicando a seguir que ela é quem precisa se prevenir, sendo apenas ela quem pode errar em alguma coisa, pois em muitas circunstâncias em que estava bebendo cerveja se pegou imaginando “[...] será que uma pessoa grossa, os

dois embriagados podem conseguir? [...]” L. diz como é importante a pessoa saber a hora exata de agir, pois muita gente acaba “morrendo com a camisinha no bolso”. Em um outro momento da entrevista L. me pergunta, ou melhor, se pergunta “[...] será que todos que usam camisinha não são seropositivos? [...]”

Dentre as quatro entrevistadas, três relataram situações em que sentiram-se apreensivas e preocupadas após uma relação sexual sem camisinha. Como no caso de **C. 29 anos e solteira** que teve uma relação sexual casual sem camisinha e que após dois meses sentiu “comichão” e resolveu procurar o médico. A entrevistada ressaltou que após o ocorrido passou a tomar maiores cuidados “[...] a partir desse dia, eu metia-me só com o meu ex-namorado, então eu era mais rígida com ele e ele chegou até a me perguntar ‘por que você usa preservativo?’[...]”.

Szapiro (2004) observa que estratégias preventivas têm sido capazes, em alguns aspectos, de contribuir para a edificação de novos comportamentos que aos poucos se instauram na cultura, como por exemplo a prática do “sexo seguro”. Mas, ao lado dos resultados positivos no controle da epidemia, existem obstáculos relacionados às resistências, às mudanças comportamentais que são percebidas através do aumento de casos da epidemia. Habitualmente, ao analisar os fatores que poderiam explicar tais resistências, concluiu-se que os erros estão nas estratégias de prevenção e não nas concepções que as fundamentam.

Desde o seu surgimento, a Aids tem nos feito pensar sobre a ética do sujeito, ética esta que está para além da ética médica e científica (SZAPIRO, 2004). A inserção do discurso preventivo no contexto moçambicano parece suscitar um estado de desamparo, pois a população que vem adoecendo e morrendo não tem sido analisada na sua singularidade cultural, de modo a que a Aids pudesse se tornar um problema passível de ser enfrentado. O discurso da prevenção, como prática discursiva, ao afirmar uma única verdade - sustentado em um modelo cientificamente validado - tem se mostrado insuficiente na produção de uma prática efetiva, provavelmente por não levar em consideração toda a complexidade dos modos de relação tradicionais daquela sociedade, por não tomar a questão do “sujeito” a quem o discurso preventivo se direciona. O peso histórico dos valores culturais tem sido preterido em detrimento de políticas particulares que estão atreladas a um ideal de fluidez das relações, de circulação e de intensa medicalização característicos da Pós-Modernidade.

5.2.2 Prevenção ao HIV/Aids

A epidemia de Aids, desde seu surgimento, se apresentou como um grande desafio para os profissionais de saúde, visto que em sua história se conjugam elementos diversos não reduzíveis às características biomédicas da doença, pois abarca temas complexos e distintos como as dimensões culturais, sociais, políticas, econômicas, religiosas que em conjunto compõem o espectro da epidemia. Monteiro (2002) sublinha que a prevenção de doenças deve levar em conta a visão de mundo dos atores sociais que serão alvo da ação e qual o sentido que eles atribuem à noção de cuidados com a saúde.

As políticas de prevenção do HIV/Aids em Moçambique baseiam-se, em sua maioria, no modelo hegemônico ocidental. Ainda segundo Passador e Thomaz (2006), é muito freqüente em Moçambique os indivíduos afirmarem a inexistência do HIV/Aids quando confrontados com narrativas hegemônicas sobre a doença: essa descrença não deve ser tratada como mera ignorância da população, mas antes, como ineficácia do aparato propagandístico e pedagógico posto em marcha nos últimos anos. Todavia, a associação da degradação física e da doença com acusações de feitiçaria permanece. A percepção da doença ligada às relações cosmológicas, de vizinhança e de parentesco, é um universo de difícil penetração pelos agentes de saúde responsáveis em implementar medidas de prevenção contra a doença.

A USAID, órgão do governo estadunidense, vem hoje financiando trabalhos de prevenção no país que se fundam no modelo que ficou conhecido como *ABC*, defendido pelos conservadores ligados à administração de Bush e que promove a abstinência e a fidelidade como métodos de prevenção preferenciais e mais eficazes que o uso de preservativos. Abstinência e fidelidade se contrapõem, nesse sentido, à realidade de um país em que os matrimônios são "precoces" e a poligamia é prática comum. O combate à iniciação sexual "precoce" e à poligamia (mal entendida por agentes ligados aos organismos internacionais como uma prática promíscua) remete à memória dos tempos coloniais e ao discurso missionário que também combatia a poligamia, produzindo resistência a tais propostas entre os moçambicanos.

Heise e Elias (1995) argumentam que a maior parte das estratégias globais de prevenção à Aids consistem, primeiramente, em três táticas: 1. encorajar as pessoas a reduzirem o número de parceiros sexuais; 2. promover o uso de preservativos; 3. tratar as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Essas três táticas são inadequadas para proteger

a maior parte das mulheres do mundo, que são pobres e não detêm o poder de negociação dos encontros sexuais.

Monteiro (2002) aponta para a limitação do discurso preventivo centrado na informação técnica e na responsabilidade individual. Assinala que, no final da segunda década da Aids, as críticas às políticas de intervenção hegemônicas, ao aumento de casos e às mudanças no perfil da epidemia serviram como um estímulo para que ocorressem reformulações no campo da prevenção. A autora enfatiza que mudanças na estrutura social que visem a conquista dos direitos básicos de cidadania e da equidade de oportunidades dos variados segmentos sociais e do gênero podem levar à diminuição da exposição ao HIV.

Parker & Camargo Jr. (2000) acreditam que as políticas de prevenção do HIV/Aids devem abordar, de forma integrada, as várias dimensões que determinam as diferenciadas vulnerabilidades à epidemia, dependendo, portanto, de transformações sociais substantivas.

Várias avaliações e estudos relacionados aos modelos de intervenção do HIV/Aids permitem uma pontuação de fatores que podem dificultar a implantação de estratégias efetivas e que devem ser evitados, tais como: 1. Enfoque individualista, que transforma os sujeitos em entidades alienadas de seu contexto relacional e social; 2. Caráter unidirecional das intervenções, onde o sujeito é colocado como passivo e torna-se alvo de intervenções nas quais não toma parte; 3. A busca da objetividade na prática institucionalizada, desconsiderando o que as pessoas consideram como o melhor para as suas vidas em nome de um saber do profissional; 4. Despreocupação com o ambiente macrossocial, que compreende tanto as relações materiais derivadas dos processos sociais e econômicos, quanto as estruturas simbólicas construídas pela cultura; 5. Maior ênfase aos comportamentos observáveis, ignorando o pano de fundo subjetivo e interacional (SALDANHA & FIGUEREDO, 2003).

Em “O Inumano”, Lyotard (1989) disse que as frases éticas, jurídicas, políticas, históricas determinam o acontecimento que o humano é, o que a idéia de humano quer dizer. Essa idéia leva-nos a pensar o inumano como expressão do humano.

As considerações sobre o tempo trazidas por Lyotard mostram que as sociedades capitalistas tendem a esquecer que o ser humano é habitado pelo inumano e também que os fatos e entes que lá estão têm uma história, sendo o *ser* e o *tempo* a sua metafísica. O que definiria o ser humano seria o tempo de sua transformação histórica, da sua educação pelo diálogo e o trabalho, ou seja, os efeitos e produtos da linguagem. Pensando assim, podemos supor a grande importância que teria para a prevenção ao HIV/Aids em Moçambique se as pesquisas e estudos, as políticas de prevenção fossem baseadas na sua história. A prevenção é

a principal estratégia para o enfrentamento da epidemia, ao lado do desenvolvimento de medicamentos. Para que as políticas de prevenção tenham alguma eficácia é necessário que se leve em conta a complexidade encontrada ao envolver mudanças de comportamentos, pois são mudanças relacionadas a questões como individualidade, amor, sexualidade e às paixões humanas.

Apesar de as vozes do discurso preventivo estarem presentes no discurso e racionalidade das mulheres entrevistadas, muitas vezes o prazer, o irracional sobressai-se. O discurso preventivo, quando relacionado ao sexual, como no caso do HIV/Aids, apresenta limitações. O exercício da sexualidade nos impõe um olhar para a ética do desejo, para a dimensão simbólica do sujeito e não apenas para a verdade estabelecida científica e medicamente. A ética do desejo não é normativa, insiste e introduz um outro sentido de vida e, a qualquer momento pode emergir o nada modesto desejo humano de prazer e de liberdade. (SZAPIRO, 2004).

Buscando entender de que maneira as informações divulgadas pelas campanhas de prevenção chegam a essas mulheres, assim como de que forma elas as percebem e internalizam, perguntamos: “Que tipo de campanha, slogans ficaram para você?” “Quais as noções de proteção e prevenção que você guarda para a sua vida?”

Essa categoria ilumina, nos discursos das entrevistadas, palavras, frases, colocações que pertencem ao discurso preventivo. São colocações que parecem já pertencer a essas mulheres que, racionalmente as assimilam, mas o que nem sempre condiz com a sua prática.

C. 29 anos, solteira quando questionada a respeito de alguma campanha de prevenção que a tenha marcado, conta uma situação em que ficou chocada com a apresentação de um documentário acompanhado de um seminário que se deu no seu trabalho:

[...] a mim, fiquei muito triste, porque a moça que tinha o HIV teve uma filha que passou para ela [...] ela deixou um conselho ‘eu passei muito mal para chegar aqui, agora que eu estou a ser medicada, tenham uma relação séria, única com o teu parceiro, meus dias contados, serão quando eu deixar de tomar esses comprimidos, aí eu duro só uma semana’. Aí eu resolvi sentar com o meu namorado e dizer HIV existe, aqui é com muita cautela [...].

Para **I. 28 anos e solteira** o que ficou para ela das campanhas de prevenção que já ouviu e viu foi a frase: “[...] ‘Começa comigo, contigo e com todos nós’. Essa ficou. E a outra que eu também gostava muito e ainda gosto até hoje é ‘Todos somos até provar o contrário, vamos fazer o teste’ [...]”. Em um outro momento da entrevista de **I.**, podemos avaliar como o

discurso preventivo mostra-se presente no discurso da própria entrevistada quando esta afirma:

[...] eu ia apaixonar-me pelo homem que ao me conquistar diria: ‘vamos fazer o teste?’[risos]. Isso não acontece, é só fantasia da minha cabeça, digo sempre isso que os homens estão pouco se lixando. Ninguém nunca me fez uma pergunta dessas, nem que eu aborde, meta esse papo, não. Seria o ideal de sexo seguro, caso contrário tem que ir a camisinha [...].

Para **L. 47 anos e casada** a maneira de não pegar HIV é usando camisinha:

[...] o que fica na minha cabeça é muita coisa, pois eu tenho cinco pessoas afetadas na família, tenho uma irmã que está em coma por causa do HIV. A ativista sou eu, a pessoa que tem que ouvir e saber como evitar, mesmo como eles fazem e dizem ‘tem que evitar, tem que fazer com camisinha’[...].

Em Moçambique o HIV/Aids é também associado a atitudes e comportamentos desviantes ou a práticas de relações sexuais vistas como “ilícitas”, como as que ocorrem fora do casamento. A demanda natural pela multiplicidade de parceiras sexuais, um dos principais elementos definidores e constitutivos da identidade masculina, configura um entendimento generalizado de que o impulso sexual dos homens é maior do que o das mulheres. Um outro argumento que se associa a poligamia é a ideia de que o poder de procriação do homem não deveria ser limitado pela eventual incapacidade da mulher em gerar filhos, o que justificaria a necessidade de ter mais de uma mulher como garantia de procriação (MATSINHE, 2005).

É como se a infidelidade masculina já fosse algo sabido e consciente por todos, uma aceitação tácita de que a prática do sexo com múltiplas parceiras seria algo natural ao homem. Matsinhe (2005) acrescenta que as formas culturais de expressão dessa “demanda natural do homem pelo sexo” são inúmeras, como, por exemplo, “amiguismo” ou, como coloca **L. 47 anos e casada**, “amantismo”.

L. diz ser fiel ao marido, ressaltando que essa afirmação não é algo fácil de dizer, mas menciona não saber se ele é fiel a ela “[...] eu sou [fiel] e eu sei me defender, eu é que sei como me defender, mas não sei se ele é fiel, porque os homens às vezes eles... Às vezes caímos na desconfiança”.

Mais adiante em sua entrevista, **L.** relata saber de forma direta das traições do marido e fala dos ganhos que acaba por ter com as infidelidades do mesmo:

[...]Ele já me traiu muito também, com pessoas, com amigas, com vizinhas, com tudo, mas eu ainda não dei em conta isso, eu olho pra ele e digo ‘é pá’, mas ele já me traiu, todo homem trai, mas ele nunca me feriu tanto assim, porque quando eu

descubro que ele me traiu ele tenta cobrir aquela parte assim, para não me ferir [...] me leva para passear, me dá um dinheirinho [...].

A entrevistada finaliza a sua colocação dizendo:

mulher é assim, leva porrada agora, mas quando o homem diz ‘ai fofa, você é a minha mulher nhé nhé nhé, nhé nhé nhé’ e ela ‘tá bom pra mim também’ enquanto está a levar cornos, né? [...] há um livro que eu li, mais ou menos, pois eu não leio muito bem, aquilo dizia assim ‘amantismo reforça o casamento fraco’.

Além de L., duas entrevistadas deixaram claro que sabem, de uma maneira direta ou indireta, das infidelidades do parceiro. Como coloca **I. 28 anos e solteira**:

[...]Eu estou com ele, nós estamos juntos e isso me preocupa e eu falo todos os dias com ele ‘Man, tu usas as camisinhas nas outras tuas transas?’ Ele diz ‘sim’ e eu digo ‘mas quando é que tu não usas?’ Porque eu não tapo o sol com a peneira, eu não vou pensar que o tipo tá pra mim, que às vezes sai com os amigos...onde há copos, homens e cerveja há sempre uma perna[...].

I. refere-se ao seu namorado como um homem que “[...] tem mulheres que lhe querem e tem mulheres que ele quer [...]”. Ressaltando que só em “casos raros” uma mulher pode não o querer, “[...] ele é bem esperto e acredito que ele podia ser um polígamo[...].” Ter múltiplas parceiras parece ser visto como um sinônimo de masculinidade e virilidade. Um direito, aparentemente, exclusivo para homens. Nos discursos percebemos claramente o quanto que a fidelidade da mulher é primordial ao homem, pela sua honra, o seu “porto seguro”. Como relata **I.** ao afirmar que a sua fidelidade para com o namorado é extremamente valorizada pelo mesmo “[...] ele preocupa sim, [fidelidade] é essencial para ele. Há alguma coisa de anormal aqui? Ele está preocupado com a minha fidelidade para com ele, eu vou ser um porto seguro onde ele ahh [...]”.

As mulheres demonstram “querer” acreditar que talvez sejam as únicas com quem os seus parceiros fixos têm relações sexuais sem camisinha, e que com as outras mulheres, secretas e menos secretas outras, eles usam. Apesar desse “querer” acreditar, três das entrevistadas demonstraram que se preocupam com o não uso do preservativo nas suas relações fixas.

Ficam as perguntas: Como saber se eles sempre usam preservativo com as outras? E nas vezes em que o desejo sexual é tão grande que não dá para pensar, raciocinar? Ou, será que não existe alguma outra mulher que também seja mais fixa, que também seja um “porto seguro” para eles? Para elas são inúmeras as possibilidades.

Todas as mulheres entrevistadas relataram situações em que traíram ou em que foram traídas. As duas entrevistadas casadas relataram situações em que as traições dos maridos ficaram claras para elas. Uma das entrevistadas, casada, relatou que também trai o marido. As duas entrevistadas que são solteiras relataram situações em que eram namoradas de homens casados, assim como relataram situações em que foram traídas pelos namorados e como também traíram os seus namorados. Como relata **C., 29 anos e solteira**, a respeito de uma relação em que esteve envolvida com um homem casado :

[...] [a relação] era séria do meu lado, mas do lado dele não, porque ele tinha um outro compromisso e eu aceitei entrar nesse jogo. Mas depois eles se separaram e eu já estava fora há alguns meses, mas existia uma terceira pessoa... O normal era ele ficar comigo, pois eu achava que era eu quem estava mais tempo com ele, mas ele separou-se e ficou com a outra. Daí eu comecei a prestar atenção ao que é uma coisa séria e uma não séria [...]

Ou como no caso de **I. 28 anos, solteira** em que depois de estar envolvida com um homem veio a descobrir que este era casado:

[...] nessa relação com esse homem nunca transamos sem camisinha, nunca. E eu porque, porque que eu acho isso, porque ele usava [pausa] eu vim a saber que ele tinha uma mulher, vivia maritalmente. Já tinha uma filha com essa pessoa, já tinha uma mulher que eu não sabia. Foi uma das coisas que me fez separar dele, pois eu odeio mentira [...].

C. 29 anos e solteira relata uma situação em que achou que pudesse ter se contaminado, situação em que havia transado sem a camisinha com um homem diferente do seu namorado na altura:

[...] foi com outra pessoa, foi numa viagem e aconteceu, então eu voltei e em dois meses eu comecei a sentir uma comichão [...] fui olhando aqueles livros dizendo que essa doença [HIV] quem traz são os estrangeiros e já fiquei com aquilo na cabeça 'ai, posso ter apanhado com esse estrangeiro'. Transpirei, transpirei [...].

C. diz que atualmente está namorando um homem que tem um pensamento diferente dos homens africanos (apesar de o mesmo ser moçambicano, com pai moçambicano e mãe angolana) por ter tido uma educação diferente na África do Sul, mas a entrevistada sente que talvez não consiga ser fiel a ele “[...] eu não estou habituada a uma relação onde a pessoa está presente, explica aonde vai, que horas acordou, com quem está, não sei o que [...] ele tem outra postura, ele é mais novo e até tem mais responsabilidade do que eu [...]”.

C. diz que a dificuldade que tem com o atual namorado se dá também pelo fato de ele ter muitas outras diferenças:

[...] é a primeira relação que eu tive com um homem mais novo, o nas minhas antigas eu nunca namorei com preto, sempre tive namorados de outras [pausa] dois do Canadá e um da Noruega, então fiquei habituada [...] ele é negro mais não a cem por cento, apesar de que eu só tenho a cor negra, por fora, mas por dentro tenho o tipo de coração europeu, com relação a forma de agir, de pensar aquela coisa toda [...] não é querer menosprezar a nossa raça, mas eu acho que de todas as relações que eu vejo o homem africano dá muito carinho sim, ele é genial, o problema dele é ter vários focos, aí estraga tudo[...].

A entrevistada ainda ressalta as diferenças em que encontra nos homens europeus em comparação aos africanos:

[...] o homem africano tem muita ambição, não basta uma [...] agora, um homem europeu que eu já me relacionei com ele, tem uma coisa que eu consigo notar nele que é a fidelidade, se é aquela é aquela, acabou. E pra mim isso é o mais importante. Com um foco só dá para você conhecer a pessoa [...].

C. diz ter relações sem camisinha com seu atual namorado, mas com condições previamente discutidas com o mesmo:

[...] Vamos os dois fazer o teste e dá negativo, começamos uma nova vida. Se um dos dois trair, eu agora já tenho a noção, não está na hora de lhe trair, mas se traio tem que ser com preservativo duplicado. Ele me diz que não tem energia para ter uma outra pessoa. Nós agora fazemos sem a camisinha, mas é preciso muito cuidado, por exemplo de três em três meses nós vamos fazer um *check up* [...].

R. 37 anos e casada afirma que as infidelidades do marido são claras para ela. Quando questionada quanto a sua fidelidade menciona “[...] acha que sou de ferro? Sangue também corre em minhas veias [...]”. A entrevistada ressalta que a infidelidade dela e de outras mulheres é uma maneira de as mesmas sentirem-se “amadas”. C. declara que chega a procurar por outros homens “[...] tu ligas mesmo ‘é pá, como é que é, vamos nos encontrar?’ Mesmo que não seja para fazer sexo, só de tu ouvir aquele papo agradável é tudo [...]”, e conta sobre um relacionamento que teve com um amigo, onde a amizade permanece “profunda” até hoje “[...] era um saboroso demais, não te vou esconder[...]”. E quanto ao uso do preservativo com esse amigo, diz “[...] entra muito bem, aí entra muito bem *ihhh*, muito bem [...]”.

Para as mulheres entrevistadas a infidelidade masculina é inevitável, natural ao homem moçambicano, é um homem “ambicioso”. Três entrevistadas falaram das relações que têm fora do casamento e da relação estável com o namorado como algo normal e natural, tanto quanto percebem que o é para os homens.

Essa discussão sobre a multiplicidade de parceiros é muito relevante em Moçambique, podemos perceber seu reflexo nas inúmeras campanhas de prevenção ao HIV/Aids presentes no país, campanhas que preconizam a fidelidade a um só parceiro. Como o exemplo da campanha da FDC, John Hopkins, PSI e N'weti, coordenados pelo Conselho Nacional do Combate ao Sida (CNCS), com o apoio da USAID e UNICEF que apregoa: “Andar fora é *maningue*²¹ arriscado²²”. A palavra *maningue* surge nessa frase como um elo, que as campanhas de prevenção buscam formar, entre uma tradição (a poligamia) e a orientação da prevenção. Orientação essa que se dá em um sentido contrário à forma “natural” de comportamento dos moçambicanos, que vai à contra-mão da cultura e da tradição Moçambicana em relação à fidelidade.

²¹ *Maningue* é uma palavra, um jargão utilizado pelos moçambicanos que pode se traduzido pela palavra *muito*

²² “Abraçando o slogan ‘Andar fora é maningue arriscado’, estas organizações pretendem contribuir para redução da prevalência do HIV de forma através da redução de parceiros múltiplos e concomitantes. Para a concretização deste objetivo, a segunda fase da campanha formalmente lançada no dia 10 de Março, tem em vista aumentar a percepção de risco no que se refere às redes sexuais e influenciar a mudança das normas sociais e de gênero que alimentam e perpetuam o comportamento de risco” (trecho de texto retirado de: http://www.fdc.org.mz/index.php?option=com_content&view=article&id=152%3Acampanha-andar-fora-e-maningue-arriscado-fdc-apresenta-videos&catid=76%3Adestaques&Itemid=120&lang=pt). Em 14 Jul 2010.

Considerações Finais

A África subsaariana, e, sobretudo a África Austral, registra um dos piores quadros da epidemia de HIV/Aids do mundo. A disseminação alarmante do vírus na região se dá por inúmeros problemas sociais e de saúde.

Moçambique encontra-se na África Subsaariana, fazendo parte dos países africanos que conquistaram a sua independência nas décadas de 1960 e 1970. Ao desenvolvermos, no segundo capítulo, uma breve análise dos anos recentes da história de Moçambique, percebemos que o HIV/Aids surgiu num contexto de mudança conjuntural, político-ideológica no país.

Matsinhe (2005) sublinha que, apesar da aparente marginalidade dos assuntos referentes ao HIV/Aids na conjuntura social descrita, o HIV inscreveu-se de forma paradigmática nas maneiras de agir e pensar no país. A inflexão política e ideológica que se vivia na altura dos primeiros casos de contaminação da doença no país facilitou a abertura e a criação de condições para que os discursos globais sobre o HIV, que já circulavam, se inscrevessem em Moçambique, discursos esses apoiados pela OMS, assim como pelas inúmeras organizações governamentais e não-governamentais que se engajam em esforços para conter a epidemia.

Atualmente Moçambique situa-se entre oito países com a maior taxa de prevalência estimada de HIV em adultos que se encontram em idade reprodutiva. A prevalência de HIV no país é de 16%, duas vezes maior que a média subsaariana. Prevê-se que as estruturas da população no país se deteriorem rapidamente devido ao HIV/Aids, diminuindo a esperança de vida dos moçambicanos (WORLD BANK, 2008).

Em Moçambique, assim como nos demais países africanos, ocorre uma feminização da epidemia de Aids, dado que precisa ser olhado não apenas a partir de referenciais das teorias sobre gênero universalizadas (PASSADOR; THOMAZ, 2006), mas do interior de um quadro mais geral no qual a situação da mulher, neste país, tem características bastante peculiares.

A investigação sobre o modo como o discurso preventivo encontra-se incorporado ao discurso das mulheres moçambicanas entrevistadas, nos permite uma melhor compreensão da relação que desenvolvem com a perspectiva discursiva preventivista ocidental, sobre o modo

como as mesmas a internalizam, a interpretam e lidam com ela. Assim como percebemos de que modo o discurso preventivo, enquanto uma verdade sobre a prevenção à epidemia que se impõe, é aceito e ouvido pelas entrevistadas.

A ênfase na experiência social sobre as questões ligadas ao gênero e à sexualidade nos permitiu identificar os valores culturais predominantes nesse contexto, favorecendo a nossa compreensão dos sentidos atribuídos por essas mulheres aos comportamentos do dia-a-dia que interferem na lógica da prevenção ao HIV/Aids. Mediante a caracterização das manifestações culturais de prevenção e proteção dessa população, compreendemos que a Aids é percebida como uma ameaça para essas mulheres, assim como ficou claro que as mesmas encontram-se conscientes dos cuidados necessários à prevenção da doença.

Através de uma análise da dimensão simbólica da prevenção e proteção ao HIV, compreendemos que os sentidos atribuídos aos riscos emergem de diversos contextos, não se limitando apenas aos exclusivos à saúde.

As mulheres entrevistadas parecem vislumbrar um “lugar” social onde as coisas seriam diferentes, “lugar” que muitas denominaram de *Modernidade*. Elas desejam promover mudanças e em muitas falas podemos perceber a sua insatisfação perante as posturas que esperam delas em sua sociedade, mas - esse novo lugar que vislumbram para a mulher moçambicana e que mora no imaginário delas mesmas – na realidade, hoje, elas ainda se mantêm no papel tradicional da mulher moçambicana, papel que funciona dentro da lógica hierarquizada das relações de gênero. O novo lugar aparece, deste modo, como um lugar a ser construído.

É como se o discurso preventivo se encontrasse em um outro universo. O discurso preventivo é fundado na lógica de autonomização do sujeito, enquanto essas mulheres pertencem a uma sociedade hierarquizada. E, esse lugar onde elas se encontram, o discurso preventivo não alcança. Se há algum alcance, esse é, ainda, superficial, pouco assimilado, o que não tem contribuído para instituir mudanças efetivas em suas práticas.

Assim, o alcance racional do discurso preventivo chega a essas mulheres como um processo de tomada de consciência quanto aos riscos que correm em seus relacionamentos sexuais. Essa conscientização - esperada pelas inúmeras propagandas expostas pelas ruas de Moçambique - acontece, mas é como se mesmo sabendo da existência do HIV, elas nada pudessem fazer a respeito. As formas de prevenção, como, por exemplo, o uso da camisinha, não estão ao alcance de mulheres que, em uma lógica hierarquizada das relações, precisam atender às solicitações dos homens da casa, os chefes de família. Sendo assim, essa tomada de

consciência parece conduzir a um aumento da ansiedade e frustração dessas mulheres, que cientes dos riscos, nada podem fazer do seu “lugar” pré-determinado cosmologicamente. Sendo assim, essas mulheres acabam por não encontrar os ganhos da modernização, ou melhor, da pós-modernização da sua sociedade, mas ganham um dos seus principais sintomas, o desamparo.

As cosmologias e os valores culturais e sociais dos moçambicanos devem ser considerados importantes para a produção de informações que possam servir como uma forma de assentamento à resposta nacional ao HIV/Aids. Analisar, avaliar, estudar e levar em conta os comportamentos, as atitudes e práticas das mulheres moçambicanas, assim como dos moçambicanos de uma maneira geral, levando-se em conta a importância de se manter um olhar etnográfico sobre os diferentes grupos populacionais, levam a uma melhor percepção das representações que caracterizam a sociedade moçambicana.

A partir dessa percepção ampliada, as políticas de prevenção - que refletem enfoques mais globais de combate ao HIV - poderiam focalizar as formas de diálogo com os múltiplos estereótipos e representações que circulam sobre a doença entre os diversos grupos e categorias populacionais em Moçambique.

O presente trabalho não se propôs a dar respostas. Levantamos questões e quisemos fazer reflexões acerca do discurso preventivo e as respostas a ele. Uma reflexão que aqui se faz central é sobre a postura das políticas de prevenção que acabam por desconsiderar particularidades e singularidades das culturas, como ocorre no caso de Moçambique. As diferentes culturas e regiões onde esse discurso se propõe a atingir têm potencialidades diferenciadas de apropriação e mesmo de “domesticação” do pensamento através das mensagens homogeneizantes veiculadas por suas políticas de prevenção ao HIV/Aids. Essas políticas acabam esquivando-se do diálogo com essas percepções e representações singulares e culturais. As políticas de prevenção assumem uma postura de prescrição de condutas, de valores morais, de comportamentos deixando de lado toda uma complexidade e diversidade numa tentativa, neste sentido, de *docilização* dos corpos.

Buscamos aqui refletir sobre os sentidos que adquirem para as mulheres moçambicanas entrevistadas as práticas de proteção e de prevenção à epidemia quanto às recomendações de práticas sexuais seguras que a luta contra a epidemia impõe a partir dos modelos de prevenção em saúde pública. Estes modelos, correspondendo a valores consensualizados nas sociedades ocidentais desenvolvidas e constituídos na experiência destas sociedades parecem produzir, no caso da sociedade moçambicana, um certo

apagamento da dimensão de alteridade representada, no caso estudado aqui, pela cultura e pelos valores de Moçambique.

Referências Bibliográficas

ACHKAR, S. Aconselhamento e prevenção: Alcances e limites. In: **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

AMORIM, M. **O pesquisador e seu outro: Bakhtin nas ciências humanas**. São Paulo: Musa Editora, 2004.

_____. Formas de saber na cultura contemporânea. In: SZAPIRO, A. **Clínica da Pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização**. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

_____. O Conhecimento como prática social: Alteridade e formas de saber. **III Conferência de Pesquisa Sócio-cultural. São Paulo, 2000.**

ARAGON M., BARRETO A., TABBARD P., CHAMBULE J., SANTOS C., NOYA A. Epidemiologia da Cólera em Moçambique no período de 1973-1992. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 5, 1994.

ASSMANN, S; PICH, S.; GOMES, I.; VAZ, A. Corpo e biopolítica: Poder sobre a vida e poder da vida. **XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. II Congresso Internacional de Ciências do Esporte**. Pernambuco, 2007.

BOND, V.; DOVER, P. Men, women and the trouble with condoms: problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia. **Health Transition Review**. v. 7, p. 377-391, 1997.

CABRAL, J.P. Crises de fraternidade: literatura e etnicidade no Moçambique pós-colonial. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre v.11, n. 24, 2005.

CASTEL, R. **A Insegurança social: O que é ser protegido?** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2005.

_____. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora

Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R.; HAROCHE, Claudine. **Propriedad privada, propriedad social, propriedad de si:** conversaciones sobre la construcción del individuo. 1ª Ed. Rosario: Homo sapiens, 2003.

COLAÇO, J.C. Trabalho como política em Moçambique do período colonial ao regime socialista. In: FRY, P. **Moçambique ensaios**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

COUTO, M. **O último voo do flamingo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

_____. Entrevista com Mia Couto. Maputo: **Revista Via Atlântica**, n. 8, p. 205-217, dez 2003. Entrevista concedida a Vera Maquêa, 2005a.

_____. **Antes de nascer o mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DUFOUR, D-R. **A arte de reduzir as cabeças. Sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

DUMONT, L. **O individualismo:** uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C.L.T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 16, suppl.1, 2000.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2003.

FRY, P. **A persistência da raça:** Ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

FRY, P. (org.). **Moçambique ensaios**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

GILIO, A. P. F.; FREITAS, G. F. Um olhar sobre a realidade de Moçambique: A enfermagem e a saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.61, no.1, 2008.

HEISE, L.; ELIAS, C. Transforming AIDS prevention to meet women's needs: A focus on developing countries. **Social Science and Medicine**. v.40, n. 7, 1995.

HEILBORN, M. L. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 50-82, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Mulheres e Homens em Moçambique: Indicadores selecionados de gênero, 2008**. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/populacao/estatisticas_genero/Mulheres_Homens_7_Oct_Final_2009.pdf> acesso em: 12 set 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Impacto Demográfico do HIV/Sida em Moçambique, 2008**. Disponível em: <<http://www.ine.gov.mz/hiv/ImpactoHIV.pdf>> acesso em: 12 set 2010.

JORNAL O GLOBO. Caderno de Ciência, Saúde: **Epidemia de AIDS. Crença que mata: Crenças e tradições arraigadas ajudam a disseminar HIV em Moçambique e outros países africanos**. Rio de Janeiro:6 de setembro de 2009.

LANGA, R. **Moçambique, mulheres e vida**. Maputo: 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975

LYOTARD, J-F. **A Condição Pós-Moderna**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.

_____. **O Inumano: Considerações sobre o Tempo**. Lisboa: Estampa, 1989.

MACHADO, R. In: **Ciência e Saber**. A trajetória da Arqueologia de Foucault. RJ. Graal, 2ª edição, 1988, p. 97-122

MACIA, M.; LANGA, P. V. Masculinidade, sexualidade e HIV/Sida em Moçambique: A desconstrução do Masculino. **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: A questão do social no novo milênio**. Coimbra, 2004.

MATSINHE, C. **Tabula rasa: Dinâmica da resposta moçambicana ao HIV/SIDA**. Maputo: Texto Editores, 2005.

MONTEIRO, S. **Qual Prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

PANOS; SWAA. **Os Homens e o HIV em Moçambique.** Maputo, 2001. Population Reference Bureau. World Population Data Sheet, Washington, 2003.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará. Coleção História Social da Aids, nº 3, 1994.

PARKER R, CAMARGO JR KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, 2000.

PASSADOR L. H., THOMAZ O. R. Raça, sexualidade e doença em Moçambique. **Revista de Estudos Feministas.** Florianópolis, v.14, n.1, 2006.

ROCHA, A. **Moçambique história e cultura.** Maputo: Texto Editores, 2006.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C. A Vulnerabilidade Feminina à Infecção pelo HIV: Uma proposta de Intervenção. **4º Congresso virtual HIV/Aids. Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública,** 2003.

SILVA, A. C. A escrita pós-moderna de Mia Couto. **Estudos Lingüísticos,** vol. 37 n. 3, p. 309-316. São Paulo: Set. / Dez., 2008.

SOUSA, A. M. A epidemia pelo HIV/Aids e suas repercussões sobre a saúde da população moçambicana (1986 a 2003). Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

SZAPIRO, A. M. Em tempos de Pós-Modernidade: Vivendo a Vida Saudável e sem Paixões. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro: UERJ, ano 5, n.1, 1º semestre de 2005.

_____. Diferença sexual, igualdade de gênero: Ainda um debate contemporâneo. In: D'Ávila Neto, M.I.; Pedro, R. (orgs.). **Tecendo o desenvolvimento: saberes, ética e ecologia social.** Rio de Janeiro: Editora Mariad e Bapera Editora, 2003.

_____. Tese de Doutorado: Percursos do Feminino: Um Estudo sobre “Produção Independente” dos anos sessenta. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1998.

_____. O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano. In: _____. **Clínica da Pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização.** Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

_____. O outro da prevenção. **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA):** integrando prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SZAPIRO, A.M.; FÉRES-CARNEIRO, T. Construções do feminino pós anos sessenta: O caso da maternidade como produção independente. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 15; n. 1, p. 179-188, 2002.

SZAPIRO, A.M.; SILVA, S.M.B. Homens e mulheres: limites para o controle e para a liberdade – o problema da transmissão. In: D'Ávila Neto, M.I.; Pedro, R. (orgs.). **Tecendo o desenvolvimento: saberes, ética e ecologia social.** Rio de Janeiro: Editora Mariad e Bapera Editora, 2003.

UNAIDS, América Latina. **Relatório Global sobre a epidemia de Aids 2009.** Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/doc/2009-Relatorio-Global-Aids-Sum-rio-Geral-Port.pdf>> acesso em 15 set 2010.

UNICEF, Moçambique. **Moçambique em perspectiva: Uma nação em progresso.** Disponível em: <<http://www.unicef.org/mozambique/pt/overview.html>> acesso em: 10 ago 2010.

VELHO, G. **Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2008.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com Aids: Desvendando histórias de risco. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999.

WORLD BANK. **Beating the Odds: Sustaining Inclusion in a Growing Economy - A Mozambique Poverty, Gender and Social Assessment, February 2008.** Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTPGI/Resources/BeatingTheOdds.pdf>> Acesso em: 21 Jan 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Epidemiological Fact Sheet on HIV and Aids: Core data on epidemiology and response Brazil, 2008.** Disponível em: <http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_BR.pdf> acesso em: 13 set 2010.

Apêndice

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DA ENTREVISTADA

Idade:

Escolaridade:

Profissão/ocupação:

Está empregada no presente momento:

Acesso a serviços de saúde:

Estado civil:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Você já realizou algum exame de HIV/Aids? Como foi para você realizar esse exame?
- 2) O que é para você “fazer sexo seguro”?
- 3) E a camisinha? O que significa para você usar camisinha? A camisinha diminui o prazer? Você deixaria de usar camisinha para sentir mais prazer? Você se sente tranquila ao pedir ao seu parceiro que use camisinha? O que significaria para você se o seu parceiro pedisse que você usasse camisinha?
- 4) Você já sentiu alguma vez que correu o risco de ser contaminada?
- 5) Que tipo de ajuda já buscou quando se viu em uma situação onde corria risco de contaminação?
- 6) Importância da ejaculação na atividade sexual - ejaculação e risco de contaminação.
- 7) O que acha da atividade sexual fora do casamento?
- 8) Que é ser “chefe da família? Quem é o chefe de família na sua casa?

9) Que tipo de campanhas, slogans, você guardou para si? Quais as noções de prevenção e proteção que você guarda para a sua vida?