



Revista Estudos Feministas

ISSN: 0104-026X

ref@cfh.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Passador, Luiz Henrique; Ribeiro Thomaz, Omar
Raça, sexualidade e doença em Moçambique
Revista Estudos Feministas, vol. 14, núm. 1, janeiro-abril, 2006, pp. 263-286
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38114114>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Luiz Henrique Passador

Universidade Estadual de Campinas / Centro Brasileiro de Análise e
Planejamento

Omar Ribeiro Thomaz

Universidade Estadual de Campinas / Centro Brasileiro de Análise e
Planejamento

Raça, sexualidade e doença em Moçambique

Resumo: O artigo procura, a partir de uma discussão sobre a complexidade histórica, social, cultural e racial de Moçambique, apontar para a necessidade de se pensar a epidemia de HIV/AIDS no país como um fenômeno que tem implicações específicas determinadas por tal quadro. As medicinas tradicionais e as concepções de doença formuladas a partir de seus pressupostos, que estão intimamente relacionadas aos sistemas de parentesco, relações de gênero e cosmologias locais, e operam nas interpretações que os sujeitos fazem de seu contexto e experiências, devem ser levadas em consideração para se compreender as relações que os moçambicanos estabelecem com a doença, determinando concepções e experiências particulares de adoecimento pelo HIV/AIDS.

Palavras-chave: Moçambique, HIV/AIDS, medicinas tradicionais.

Copyright © 2006 by Revista
Estudos Feministas

Antes de darmos início a uma apresentação dos dados referentes à propagação da AIDS em Moçambique – ou do HIV/Sida, como é denominado localmente pelos meios de comunicação e órgãos governamentais – acreditamos ser importante salientar algumas singularidades desse país.

O texto está, assim, dividido em quatro grandes blocos: 1) num primeiro bloco, pretendemos apresentar as transformações pelas quais passou o território hoje conhecido como Moçambique, privilegiando as representações dos próprios moçambicanos; 2) num segundo momento, procuramos contextualizar as noções de “raça”, “sexualidade” e “doença” no caso específico moçambicano; 3) no terceiro item pretendemos apresentar a situação atual da doença nesse país, atentando para os indicadores e recortes existentes; 4) por fim, temos a

intenção de apontar as limitações do que, na atualidade, se conhece sobre a doença no país e, sobretudo, sobre as distorções impostas por uma agenda de intervenção geralmente construída tendo em conta outros contextos. Sublinhamos, assim, outros eixos que devem nortear quer os trabalhos de pesquisa, quer os projetos de intervenção e que devem tomar os termos da própria realidade moçambicana contemporânea: cosmologias e sistema de parentesco, clivagem urbano/rural, particularidades regionais, mobilidade espacial e migração e, por fim, as consequências da guerra.



Qualquer tentativa de introduzir o leitor na história de Moçambique enfrenta o desafio de um contexto onde a história recente é objeto de disputas acirradas. É evidente que qualquer história nacional é objeto de múltiplas versões; no entanto, geralmente elas reposam sobre alguns pontos consensuais. No caso desse país africano, a história recente é marcada por múltiplos traumas e podemos dizer que muitas feridas não foram ainda cicatrizadas.

Sobre a história da FRELIMO¹ e da luta de libertação nacional, por exemplo, temos uma versão oficial; no entanto, são muitas as vozes que a questionam, nem sempre na forma de uma clara opção historiográfica, mas na forma de rumores ou de fragmentos narrativos que surgem aqui e acolá.²

Pretendemos aqui apresentar brevemente um conjunto de narrativas que dizem respeito às transformações, e assim delinear uma espécie de *experiência comum* a todos os moçambicanos expressa nas representações de alguns marcos temporais. E se a diversidade dos homens e mulheres compreendida em termos “étnicos”, “língüísticos” ou “religiosos” parece questionar a possibilidade de se imaginar uma nação em Moçambique cujas fronteiras espaciais seriam o resultado do arbítrio das potências coloniais, mais de cem anos de história colonial, socialista e pós-socialista enredaram os moçambicanos num conjunto de representações sobre o tempo que, em maior ou menor medida, percorrem o país de norte a sul.

1.1 Tempo colônia

As referências ao *tempo colônia* são de tal forma recorrentes que temos a impressão de que passado e presente se misturam no cotidiano dos moçambicanos. As sentenças que têm início com “no tempo colonial...” são extremamente diversas, e um mesmo indivíduo pode referir-

¹ Frente de Libertação de Moçambique. Movimento que liderou a luta contra o colonialismo português, incorporou ou eliminou os demais movimentos contestatários e transformou-se em partido único após a independência do país. Centralizou o poder até 1990, quando o multipartidarismo foi institucionalizado em Moçambique, abrindo as portas para os acordos de paz de 1992.

² Uma das poucas versões publicadas em Moçambique recentemente que questionam frontalmente a versão oficial é a biografia de Uria Simango: Barnabé Lucas NCOMO, 2004. O pouco impacto que teve no debate moçambicano é consequência dos limites de um espaço propriamente público no país e, certamente, da hegemonia ainda exercida pela FRELIMO.

se ao *tempo colônia* ora com saudosismo, ora com repúdio. *Tempo colônia* se estende de fins do século XIX até a independência do país em 1975. Na medida em que nos afastamos em direção a eventos ocorridos no final do século XIX ou início do XX, o *tempo colônia* se materializa na figura dos antepassados. Nas regiões centro e sul de Moçambique, referências a descendência de antigos e poderosos régulos são constantes, assim como relatos sobre a resistência à ocupação portuguesa e alianças com a lendária figura do Gugunhana. Nessas histórias, o passado se faz presente nas figuras de espíritos e almas penadas – os *mfukusas* – que anseiam por vinganças de crimes passados. O *tempo* aqui surge nas histórias das guerras de ocupação que instauraram ciclos de feitiços e contrafeitiços, vinganças e traições.

Se os relatos das guerras do Gugunhana povoam as narrativas dos “africanos legítimos”, uma memória cosmopolita é reivindicada pelos remanescentes de famílias que há muito habitam centros urbanos como Lourenço Marques (hoje Maputo), Inhambane e a Beira. Aqui os antepassados são, muitas vezes, portugueses, mas não só: é quando surgem na cena os Albasini e os Pott, em Maputo, e os Fornasini, em Inhambane, figuras masculinas originárias da Itália e da Holanda responsáveis por linhagens crioulas que encontram na mestificação sua singularidade, mas também as marcas da sua vulnerabilidade. As lembranças evocam ora um passado alegre com a vida a se desenrolar nos clubes e associações, ora a experiência da segregação promovida pelo moderno colonialismo português em Moçambique.

[...] nós não podíamos entrar onde os brancos entravam.

[...] não sei se o senhor já reparou que em uma mesma família há irmãos mais claros, outros mais escuros, uns saem ao avô, outros à avó, temos descendência negra, temos a descendência branca, não saímos todos da mesma cor. E o que sucedia? Havia aí sítios onde eu podia entrar porque era muito clarinha, quando era mais nova ainda era mais clara, mas um dos meus irmãos, [...] mais escuro, já não podia entrar. [...]

[Uma vez, um novo governador] veio a Moçambique e achou que aquilo era um disparate: brancos pra aqui, mulatos pra ali, pretos pra ali, a Associação Africana era só pra mulatos, o Centro dos Negrófilos era só pra negros... Então esse governador pediu o nome de dez casais mistos. Eu lembro-me bem: estava até sentada com a minha filha ao colo, e vejo uma daquelas motas da presidência e disse “Ai meu Deus que já nos vem prender meu marido ou a mim”, porque aqui prisões eram freqüentes. Na verdade, o senhor da mota veio trazer-nos um convite para irmos jantar no palácio. E

nós fomos. Estavam mais três ou quatro casais brancos para fazer número, nós no meio deles e a atenção era toda pra nós, como nós falávamos, como nos comportávamos à mesa... Foi um escândalo e o tal governador foi transferido para Portugal.

A entrada nos lugares não era proibida como na África do Sul... mas havia lugares para pretos, e lugares para brancos. Um autocarro grande tinha um banco corrido atrás, só pra pretos. O preto queria entrar, não havia lugar ali, não podia entrar, ficava na rua. Tinha que ter lugar naquele banco corrido. Nós sentávamos com os brancos, mas se fosse o cobrador a arrumar, colocava um mulato ao lado de um mulato, não ia pôr ao lado do branco.

Lourenço Marques e Beira surgem como cidades onde a segregação era profundamente marcada no espaço; à noite, os negros tinham que portar um passe para poder circular pela cidade "branca"; aos negros cabia todo tipo de trabalho manual. Os brancos moçambicanos revelavam surpresa quando, visitando Portugal, a primeira coisa que viam no cais do porto de Lisboa eram brancos trabalhando, carregando e descarregando, pois em Moçambique "os brancos não trabalhavam". Da mesma forma, os trabalhadores negros que migravam para o trabalho na África do Sul manifestavam sua surpresa diante dos *boers* que trabalhavam na agricultura.³ No *tempo colônia*, os brancos cuidavam dos negócios e da burocracia, assim como os *canecos*, indianos católicos de origem goesa; os *monhês*, indianos maometanos, e os *baneanes*, hindus, dedicavam-se ao comércio;⁴ os chineses estavam no comércio e na agricultura, controlando os cinturões verdes de Lourenço Marques e da Beira.

Se as lembranças são muito diferentes em função da origem social dos indivíduos, uma imagem é recorrente: o trabalho forçado daqueles classificados como indígenas, regulado pelo regime do indigenato que vigorou na colônia até 1961. *Todos* fazem referência aos negros que passavam acorrentados e se dirigiam para o trabalho nas ferrovias, para a limpeza das vias públicas, para as plantações de algodão.

Ordem e hierarquia organizavam a sociedade moçambicana no *tempo colônia*. A realidade "crioula" de Lourenço Marques das primeiras décadas do século XX repousava numa oposição básica entre "brancos" e "pretos", a qual informava uma sociedade formada por brancos metropolitanos, brancos da terra, mulatos assimilados, *monhês*, *baneanes* e *canecos* em contraposição à massa africana; nos anos 1950 e 1960, período de grande fluxo de colonos brancos de origem

³ A figura do *boer* é constante em Moçambique, particularmente no sul. Trata-se do branco de fala africâner, geralmente associado a uma origem holandesa. Se, por um lado, todos reconhecem a importância desse contingente para a institucionalização e reprodução do *apartheid*, por outro, todos são unâimes quanto a sua disponibilidade para o trabalho manual, especialmente na agricultura.

⁴ Definições como *monhês*, *baneane* e *canecos* são pejorativas e não constituem uma auto-atribuição. Cf. Valdemir ZAMPARONI, 1998.

portuguesa, observamos o acirramento da tensão existente entre estes e os demais grupos urbanos (brancos da terra, assimilados, mestiços, etc.). Ao longo do *tempo colônia* temos a formação de associações que darão a "cara" da cena pública de Lourenço Marques, caracterizada por uma profunda hierarquia em função da *raça* e da *origem*. Os anos 1960 são lembrados, assim, a partir de um conjunto de paradoxos: trata-se do início da guerra de libertação, do acirramento dos conflitos e, ao mesmo tempo, do período de *maior desenvolvimento da colônia* (construção civil, suposto fim do indigenato, grandes obras como Cahora-Bassa, etc.).

1.2 Tempo Samora

Sobre o fim do *tempo colônia* correm inúmeras histórias. Estamos diante de um dos temas preferidos de muitos moçambicanos, formulado ora em tom jocoso, ora em tom de queixa ou revolta. São histórias entradas na fuga dos portugueses que abandonaram em massa o país entre os anos de 1974 e 1977, muitos deles inconformados com um governo de maioria negra e com o fim da hierarquia colonial traduzida na democratização do espaço sentido como desordem. Algumas datas fazem parte da memória dos habitantes de Maputo: o 7 de setembro e o 21 de outubro de 1974. Trata-se de um período de grande incerteza, para brancos e negros, expresso nos conflitos de setembro e outubro, com matanças sucessivas de negros e brancos. Para muitos portugueses e lusodescendentes, os conflitos que marcaram essas datas são a revelação do caos que se anunciaava; para muitos moçambicanos, tratou-se quase de rituais que, na sua violência, sinalizavam a mudança do país.

O caos, a violência e a fuga de portugueses, lusodescendentes, gregos e chineses, mas não só, também o entusiasmo da revolução, marcam o início do *tempo Samora*. As lembranças desse período são marcadas por paradoxos e contradições; muitos lembram-se com entusiasmo do líder carismático e da chegada de Samora às diferentes cidades do país, e do heroísmo e voluntarismo característico dos primeiros anos da revolução.⁵

No entanto, o fim da segregação racial e a construção de um regime socialista vieram acompanhados da crescente falta de bens de consumo, da criação de um novo e brutal aparato repressivo e do início de um conjunto de conflitos que dariam origem a uma guerra entre irmãos, a FRELIMO *versus* os caracterizados inicialmente como *bandidos armados* ou *machangas*, logo transformados em soldados da RENAMO.⁶ À memória de

⁵ A bibliografia sobre o período revolucionário é bastante razoável, mas polarizada entre os entusiastas da revolução e seus detratores. Estamos à espera ainda de uma síntese.

⁶ Como ficou conhecida a resistência armada à FRELIMO a partir dos anos 1980, Resistência Nacional Moçambicana, na atualidade transformada num partido político, o principal da oposição.

uma guerra brutal, some-se a atuação do Estado socialista que, de forma desigual, afetou a vida de todos os moçambicanos: as nacionalizações e a formação das grandes *machambas* comunais, cooperativas agrícolas que deveriam concentrar a esmagadora maioria da população camponesa do país; a necessidade dos guias de marcha para qualquer tipo de deslocamento interno, autorização conseguida junto aos *grupos dinamizadores da revolução*; a institucionalização dos campos de reeducação, para onde eram enviados os comprometidos com o regime anterior, os suspeitos de contra-revolução e os acusados e acusadas de costumes inadequados.

Massacres perpetrados pela RENAMO, violência sistemática do Estado contra a população: essas lembranças combinam-se com aquelas que enfatizam a relativa igualdade entre todos os indivíduos, a ausência de corrupção e mesmo a inexistência da criminalidade comum nos centros urbanos na atualidade.

1.3 Tempo atual

O início deste período não é consensual: muitos o associam à morte de Samora Machel e ao Programa de Reabilitação Econômica (PRE); outros aos tratados de paz entre a FRELIMO e a RENAMO em 1992, ou às primeiras eleições democráticas em 1994. Tudo indica que a morte de Samora em 1986 representa o início de um conjunto de transformações que acabariam por levar Moçambique a um processo de "transição democrática", a uma economia de mercado e à paz.

Trata-se também do fim das utopias: abandona-se o uso do termo "camarada" e as velhas hierarquias parecem ressurgir no uso do termo "patrão"; o fracasso da revolução, a volta de muitos portugueses e as novidades do mercado livre, do capitalismo selvagem e da corrupção fazem com que muitos dos antigos comportamentos do período colonial retomem seu lugar.

O fim da guerra é celebrado com alívio e entusiasmo por uma população exausta. A inserção da RENAMO na vida política e partidária do país corresponderam os rituais de purificação que permitiram o retorno de milhares de jovens às suas aldeias e comunidades após mais de uma década de barbárie. O fim do regime autoritário não implica a consolidação de um espaço público realmente democrático, e a reconfiguração hierárquica do país veio acompanhada da proliferação de rumores em torno das guerras passadas, do enriquecimento súbito de muitos e de doenças e malefícios.

II

2.1 Raça

A idéia de "raça" poderia ser, nos dias atuais, absolutamente irrelevante em Moçambique. Dificilmente poderíamos falar, assim, de "relações raciais" em Moçambique partindo de analogias com as realidades brasileira ou americana. Às diferenças regionais e à evidente relação de tensão entre o "urbano" e o "rural", impõe-se o fato de estarmos num país de esmagadora maioria negra. Os contingentes branco, misto e indiano portadores da nacionalidade moçambicana não alcançam 1% do total da população⁷ e estão concentrados nas áreas urbanas de um país onde mais de 70% dos indivíduos encontram-se no campo.⁸ Qual o sentido que, nesse contexto, ganha a idéia da existência de "relações raciais"? Podemos falar realmente de "relações"?

Essa primeira advertência não pode nuclar alguns elementos cruciais: demograficamente inexpressivos, socialmente, os indivíduos classificados como brancos, mistos ou indianos (e mais um sem fim de classificações que não poderemos explorar aqui) ocupam espaços decisivos no funcionamento do país. Os brancos, divididos entre *naturais*, *naturalizados* e *estrangeiros* estabelecidos no país, controlam parte dos postos estratégicos no mundo empresarial e nas organizações não-governamentais e de cooperação. Há um diminuto contingente de "brancos" que ostentam a nacionalidade moçambicana, entre os quais encontramos os que são *naturais* – geralmente lusodescendentes que optaram, ao contrário da esmagadora maioria, por permanecer no país nos anos que sucederam à independência – e os que, nascidos em outras terras, acabaram por se *naturalizar* moçambicanos. Os brancos vinculados ao mundo empresarial encontram-se concentrados em grande medida na cidade de Maputo e, em menor escala, na Beira e em Nampula; os que trabalham em "projetos de cooperação", ainda que em grande número na capital, distribuem-se por centros urbanos como o Xai-Xai, o Chimoio, Pemba, Tete e Lichinga, e constituem um complexo mundo genericamente associado à "cooperação internacional" e aos "doadores". Na capital do país, as elites branca, negra e mista compartilham um universo de consumo espalhafatoso mediado por constantes viagens à África do Sul e à Suazilândia para compras ou para o tratamento médico ou dentário. Representantes de ONGs e cooperantes são

⁷ Emiliano de Castro CACCIA-BAVA e Omar Ribeiro THOMAZ, 2001: cf. Tabela 5 sobre "Distribuição percentual da população, por área de residência, segundo grupo somático e origem (1997)", p. 33. "Branco", "misto", "negro" e "indiano" são as categorias utilizadas pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique.

⁸ Cf. CACCIA-BAVA e THOMAZ, 2001: Quadro 3, p. 43.

identificáveis por seus veículos a tração e, embora apresentem um estilo à primeira vista mais despojado, seu potencial de consumo é evidente aos olhos da população local. Cooperantes das mais diversas origens – portugueses, brasileiros, remanescentes do leste europeu, espanhóis, alemães, suecos, holandeses – formam um verdadeiro clube internacional com firmes opiniões sobre o país, sua história, seus habitantes e seus *fracassos*, e com um nível de vida expresso em suas vivendas e na grande quantidade de empregados domésticos.

Entre os cargos intermediários governamentais e nas universidades e centros de ensino encontramos uma quantidade significativa de brancos moçambicanos. Esses indivíduos têm sido afastados progressivamente dos postos de poder ou visibilidade em função de sua *cor*, mas sua crescente invisibilidade não pode ser confundida com sua *inexistência*.

Os assimilados constituem, em conjunto com os mistos, talvez uma das coletividades menos conhecidas em Moçambique. Concentrados em centros como Maputo ou Beira, indivíduos e famílias associados a essa antiga categoria colonial encontram-se distribuídos por todo o país, fundamentalmente nos pequenos centros urbanos. No período imediatamente posterior à independência, foram olhados com desconfiança pelo novo núcleo de um poder formado na luta armada; sua presença, contudo, fez-se sentir entre os quadros intermediários tão necessários ao funcionamento do Estado, na burocracia e nas escolas.

Devemos lembrar que a categoria “assimilado” é problemática nos dias atuais. Trata-se de um termo associado diretamente ao período colonial, e são freqüentes frases que se referem aos assimilados no passado – “eu era assimilado”, “meus pais eram assimilados”, etc. *Indígenas* que teriam passado por um processo de assimilação à cultura, língua e religião portuguesas constituíam foco de imensa tensão outrora e, de certa forma, tal tensão se reproduz na atualidade. Seu estatuto estava diretamente ligado à sua situação privilegiada no interior do sistema colonial – constituíam uma pequena “burguesia africana”, claramente diferenciada da massa indígena. No entanto, portavam uma contradição inerente ao seu estatuto: assimilados, mas jamais iguais aos portugueses, seu cotidiano era marcado por humilhações contínuas, que os lembrava constantemente sua diferença, e que acabaria por alimentar um primeiro protonacionalismo moçambicano.⁹ Cruciais no processo de construção dos ideais nacionalistas, sua origem de classe os marcou ao longo do período revolucionário e, na contemporaneidade, voltam a ostentar sinais diacríticos

⁹ Cf. José MOREIRA, 1997.

que os destacam em meio à massa africana alheia ao universo urbano.

Próximos aos assimilados do ponto de vista de seu estatuto social – constituem uma pequena coletividade espalhada pelos estratos médios urbanos que possuem acesso a um universo cultural marcado pela herança portuguesa –, os mistos são, muitas vezes, associados à idéia do mulato existente no Brasil. As diferenças entre os mulatos no Brasil e os mistos em Moçambique são, contudo, gritantes. No país africano, ao contrário do que ocorre no Brasil, são uma espécie de avesso da própria idéia da nacionalidade e, em grande medida, constituem um grupo fechado, que se auto-reproduz. Estamos diante de famílias mistas de longa data que promovem trocas matrimoniais entre si e sobre quem pesa a constante suspeita de uma não-adesão completa à nação africana.

Uma nota cabe com relação aos assimilados, às antigas famílias tradicionais mestiças e à élite urbana negra: são classificados pelos camponeses, os *indígenas*, com o mesmo termo usado para fazer referência aos *brancos*: *mulungos* (trata-se do termo usado no sul de Moçambique e que, evidentemente, sofre variações nas diferentes regiões do país). À percepção de que temos raças diferentes, sobrepõe-se aquela criada ao longo do próprio período colonial e que opõe dois grupos fundamentais: de um lado, aqueles que ostentam formas de vida européias, se expressam em português e habitam nos centros urbanos, do outro, a maioria camponesa – *civilizados* e *indígenas*, em suma.

Por fim, aos indianos podemos atribuir não apenas o desconhecimento generalizado mas, sobretudo, um conjunto de representações tensas e conflitantes, o que nos faz pensar para Moçambique, e para toda essa região da África Austral e Oriental, em uma “questão india” análoga à “questão judaica” de muitos períodos da história contemporânea européia. Na figura dos indianos – divididos em inúmeras subcategorias pela população local, tais como *baneanes* (termo pejorativo para os hindus), *monhês* (seu correspondente para os muçulmanos) e *canecos* (termo bastante ofensivo que se refere aos católicos, geralmente originários de Goa) – encontramos um verdadeiro princípio de *desordem* num sistema que no período colonial opunha *civilizados* e *indígenas*, e no período nacional opõe os *citadinos* aos *camponeses*.

Antes de seguirmos adiante, cremos importante sublinhar que, em Moçambique, estamos lidando com populações marcadas por um padrão de circulação espacial bastante significativo. Assim, embora a população branca seja, como já dissemos, insignificante

demograficamente (o que faz com que em muitas regiões o contato entre brancos e negros seja mínimo), a maioria dos indivíduos tem na sua memória individual ou coletiva uma relação significativa com *outros* assentados de origem europeia. A migração das populações das regiões sul e centro do país para os trabalhos nas minas ou nas *farmes* da África do Sul e do Zimbábue faz com que as conversas cotidianas sejam povoadas por um sem-fim de histórias em torno dos *boers* e dos *rodesianos*.

2.2 Sexualidade

São muito freqüentes afirmações peremptórias quanto à experiência da sexualidade entre os moçambicanos, em particular, ou os africanos negros, em geral. Na imprensa ou em documentos produzidos por organizações não-governamentais, assim como nos textos dos missionários católicos e protestantes de fins do século XIX e inicio do século XX, a sexualidade africana parece estar fadada a ser associada a um universo excessivo e desregrado. Nunca é demais lembrar que os antropólogos, desde o início da disciplina, procuraram demonstrar que o que é geralmente associado à promiscuidade constitui, na verdade, um universo regrado e altamente controlado por uma série de constrangimentos sociais. Em todo caso, padrões de comportamento sexual masculino ligados à vida dos mineiros moçambicanos na África do Sul dificilmente poderiam suportar a definição de "promiscuidade", e aqui a analogia deveria ser realizada com outros tipos de ocupação que, como os caminhoneiros ou os piratas, distanciam o elemento masculino de seu entorno social ou familiar, criando assim novas formas de vivência da sexualidade: um universo a ser desvendado, e não passível de ser definido como desordenado de entrada.

Associar a expansão da epidemia de AIDS às formas "tradicionalas" de comportamento sexual, ou às relações de gênero, constitui, no mínimo, afirmações generalizantes daqueles que desconhecem, efetivamente, essa esfera da vida social em Moçambique, e na verdade configura imposição de uma agenda internacional a uma realidade que lhe é estranha. Qual o sentido de falarmos de "relações de gênero" sem uma compreensão específica dessa noção em Moçambique? Como incorporar a idéia de gênero em políticas públicas abdicando de algo tão generalizante como a constatação da existência de homens e mulheres em Moçambique, normalmente entendidos pelos formuladores dessas políticas como corpos biomedicamente definidos por sexos opostos? A rápida

associação que se faz entre “relações de gênero” ou “masculinidades” (dentro de um modelo normativo ocidental) e a expansão da epidemia constitui, mais do que nunca, o resultado de uma visão etnocêntrica, preconceituosa e essencialista com relação a essas esferas da vida social moçambicana e, em menor medida, uma forma de se associar com a diminuta elite urbana existente no país e que, em grande medida, também desconhece o universo “rural” ou aquele que povoia as periferias das cidades moçambicanas. Judith Butler¹⁰ aponta para os problemas de uma visão universalizante e essencialista sobre relações de gênero e sexualidade proposta por uma certa perspectiva feminista calcada na crítica ao patriarcalismo, que ainda permeia as ações da maioria das agências e agentes no trato com a epidemia no país, visão essa que não leva em conta universos culturais não ocidentais. A respeito do caráter colonialista e “orientalista” de tal perspectiva, a autora afirma:

That form of feminist theorizing has come under criticism for its efforts to colonize and appropriate non-Western cultures to support highly Western notions of oppression, but because they tend as well to construct a “Third World” or even an “Orient” in which gender oppression is subtly explained as symptomatic of an essential, non-Western barbarism.¹¹

¹¹ BUTLER, 1990, p. 3.

Incorre-se, dessa maneira, no risco de as ações que visam ao controle da epidemia serem interpretadas como uma espécie de neocolonialismo promovido por parte de agentes estrangeiros – o que de fato tem ocorrido – e verem sua eficácia comprometida pela resistência da população moçambicana em identificar-se com suas propostas, devido à incompreensão do universo local por parte dos interventores.

2.3 Doença

Por fim, a existência de doenças que afetam em grande número a população moçambicana não é uma novidade. Malária e tuberculose, pneumonia e doenças infantis. Idas e vindas às minas sul-africanas transformam jovens em velhos adoentados há pelo menos um século; as movimentações populacionais entre o campo e a cidade, particularmente nas últimas décadas, espalharam variantes resistentes de malária, num momento em que o Estado e suas instituições se esfacelavam em meio a uma guerra civil, e os projetos de saúde pública ou guerra aos mosquitos se viam impedidos pela limitação de recursos e mesmo pela desorganização quase que total de um já precário sistema de saúde. A situação só veio a piorar com

a volta dos deslocados e refugiados: não é por nada que os índices de incidência e prevalência do HIV/AIDS são maiores nos corredores por onde circularam em grande medida os refugiados na última década, e por onde hoje circulam produtos e pessoas: as regiões do Chimoio, Beira e Tete, na região central, ou o corredor de Nacala, no norte do país.

É no quadro mais amplo das percepções da doença e da decadência física que a epidemia do HIV/AIDS deve ser incorporada e interpretada. De nada, ou quase nada, servem as campanhas que não levem em conta de que forma as pessoas interpretam aquilo que entra ou sai do corpo, de fluidos corporais – suor, sangue, sêmen – a profilaxias. É muito freqüente em Moçambique escutarmos que os indivíduos afirmam 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 a 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, longe de ser residual, parece ser sistêmica. A percepção da doença estaria ligada, assim, às relações cosmológicas, de vizinhança e de parentesco, universos difíceis de penetração por parte de indivíduos e ONGs que têm a cabeça pré-moldada quanto ao que deve ser feito na luta contra a doença.

III

O que se segue são dados relativos à epidemia de HIV/AIDS na África e, mais especificamente, na África Austral e Oriental, onde estão localizados Moçambique e África do Sul. Mais do que expor dados exaustivos, o que pretendemos é dar subsídios para uma problematização da epidemia na área, procurando mostrar que 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 países, o que resulta num desenho epidemiológico que não se define pelas fronteiras nacionais.

O continente africano concentra o maior número de pessoas vivendo com o HIV/AIDS no planeta. De acordo com dados da OMS e UNAIDS, até 2003 a África detinha mais da metade dos casos mundialmente registrados, variando de 25 milhões a 28,2 milhões de pessoas infectadas num total de 34 milhões a 46 milhões de casos em todo o mundo.

A região subsaariana registra, dentro do continente

africano, os maiores índices de incidência e prevalência do HIV/AIDS. Dentro da área subsaariana, as regiões austral e oriental apresentam os índices mais elevados de prevalência de HIV/AIDS, conforme dados da UNAIDS de 2002. Esses índices chegam a 38% em Botswana, estão acima de 30% em Zimbabwe (33,7%), na Suazilândia (33,4%) e no Lesotho (31,0%), acima de 20% na Namíbia (22,5%), na Zâmbia (21,5%) e na África do Sul (20,1%) e não são menores que 13%, como registrado em Moçambique (Quênia e Malawi, registram ambos uma prevalência de 15%).

Embora em 2002 Moçambique apresentasse o menor índice de prevalência entre os países da África Austral e Oriental, seus indicadores sociais (Quadro 1) apontavam um quadro bastante problemático e propício para a expansão da epidemia, que está intimamente associada à pobreza: baixo IDH, altos índices de pobreza, fome e incidência de malária (doença oportunista responsável por grande número de óbitos entre portadores do HIV/AIDS e doentes de AIDS), além de um grande contingente de deslocados, retornados e desalojados pela guerra civil, que produziu problemas de infra-estrutura, atingindo a rede de saúde pública e assistência governamental.

QUADRO 1 – INDICADORES SOBRE MOÇAMBIQUE (2002)

- IDH (2003): 170º lugar entre 175 países pesquisados
- Na província de Sofala, 87,9% da população vive em situação de pobreza
- 26 anos de guerra (sendo 16 de guerra civil) provocaram a morte de mais de um milhão de pessoas e o número de desalojados chegou a 3 milhões
- Fome: 600 mil pessoas em risco de óbito
- Malária é o maior problema de saúde e de causa de óbitos na população

Fontes: MOL – Mozambique On-Line – e UNDP – United Nations Development Programm

¹² Avertino BARRETO et al., 2002.

Um estudo epidemiológico realizado no país por órgãos governamentais em conjunto com a Universidade Eduardo Mondlane¹² mostra que não há uma distribuição homogênea da prevalência do HIV/AIDS no território moçambicano, concentrando-se nas regiões central e sul, em especial nas províncias que fazem fronteira com África do Sul e Zimbabwe, todas com índices acima da média nacional – Tete (19,8%), Manica (21,1%) e Gaza (16,0%), além de Sofala (18,7%), onde se encontra o corredor da Beira (Quadro 2). Essa distribuição da prevalência está intimamente associada à circulação populacional entre fronteiras nesses países, devido ao trabalho migratório

e aos corredores de escoamento de produção.

O alto índice de infecções (estimado em 500 casos/dia) mostra que o país tem um alto potencial de expansão da epidemia. A transmissão materno-infantil (responsável por 10% das infecções) e o alto número de órfãos colocam a questão da AIDS infantil como um problema de grande escala, ainda mais pela baixa disponibilidade de HAART – *Highly Active Anti-Retroviral Therapy*¹³ – para a população. Esse quadro resultou numa queda brusca da expectativa de vida, que terá sérias consequências na produtividade e situação socioeconómica em curto e médio prazos.

Quadro 2 – Dados sobre HIV/Aids em Moçambique (2000)

- Prevalência entre adultos (15-39 anos) por região e total nacional:

Região Norte: 5,7%

Região Central: 16,5%

Região Sul: 13,2%

Nacional: 12,2% Norte: 5,7%

- Mais de 1,1 milhão de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, sendo 10% por via materno-infantil

- Número de órfãos: 223 mil

- Em 2000, estimava-se que 500 pessoas se infectavam por dia

- Até 2000, não havia HAART disponível

- Expectativa de vida para 2010:

Sem a epidemia de HIV/AIDS: 50,3 anos

Com a epidemia do HIV/AIDS: 36,5 anos

Fonte: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (Avertino BARRETO et al., 2002).

As estatísticas governamentais mostram, conforme o Quadro 3, que a grande maioria dos casos de HIV/AIDS se concentra na população jovem e adulta entre 15 e 39 anos, ou seja, em idade produtiva e reprodutiva, o que corrobora a expectativa de um alto impacto negativo da epidemia na economia moçambicana. Seguindo tendência observada nos demais países africanos, os dados estatísticos também demonstram uma feminização da epidemia em Moçambique na faixa etária entre 15 e 39 anos (o que não ocorre entre a população acima de 39 anos). Esse dado, no entanto, deve ser entendido dentro de um quadro da situação da mulher que tem características particulares no país, e não como uma mera reprodução de relações de gênero universalizadas, como será discutido mais adiante.

Quadro 3 – Número de casos divididos por idade e sexo (2000)

Idade	Masculino	Feminino	%
0-14	34.466	33.396	6,12
15-39	315.178	482.386	72,02
>39	126.960 (28,46%)	115.019 (43,56%)	21,85
Total	476.604 (43,04%)	630.801 (56,96%)	1.107.405 (100%)

Fonte: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (Avertino BARRETO et al., 2002, p. 30).

¹⁴ INE, 2002.

Uma questão que fica evidente em pesquisa publicada pelo Instituto Nacional de Estatística de 2002,¹⁴ cujos dados estão expostos nos Quadros 4 e 5 abaixo, é que há uma divisão estrutural entre os espaços rural e urbano em Moçambique, reproduzindo uma situação estrutural que Mahmood Mandani reclama ser característica nos Estados-nações africanos, como legado da colonização.¹⁵ Essa divisão opera também na determinação de vulnerabilidades diversas e está relacionada a condições socioeconômicas, políticas e culturais específicas nesses dois universos, resultando em níveis desiguais de informação sobre o HIV/AIDS.

Quadro 4 – Número de pessoas que relatam já ter ouvido falar do Sida, por sexo e área de ocupação (%)

	Áreas Urbanas	Áreas Rurais
Homens	97,9	93,0
Mulheres	96,1	86,7

Fonte: Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens Adolescentes (INE, 2002).

Quadro 5 – Número de pessoas que relatam saber que um portador do HIV pode ter aparência saudável, por sexo e área de residência (%)

	Áreas Urbanas	Áreas Rurais
Homens	86,6	74,0
Mulheres	79,6	67,8

Fonte: Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens Adolescentes (INE, 2002).

Pode-se observar que, enquanto nas áreas urbanas praticamente não há diferença entre o número de homens e mulheres que já “ouviram falar” da AIDS, nas áreas rurais essa diferença é bastante significativa, o que demonstra haver uma diferença na relação entre gêneros nos diferentes universos, ao menos no que diz respeito ao acesso a informações – os homens urbanos e rurais têm praticamente o mesmo nível de conhecimento, o que não ocorre entre as mulheres dos diferentes universos.

No entanto, os números totais daqueles que relatam já terem “ouvido falar” da AIDS são altos para um país em que se observa, conforme apontado anteriormente, o fenômeno da descrença de parcela significativa da população, que não acredita existir a doença. Ou seja, o fato de “ouvir falar” da doença não resulta, automaticamente, num reconhecimento ou crença em sua existência, nem num conhecimento mais profundo sobre suas características. Isso parece explicar a redução significativa do número de pessoas que relatam saber de características mais específicas e conhecimentos mais aprofundados da doença, como o fato de portadores poderem ter aparência saudável: no universo rural, a queda é de praticamente 20% e, mesmo no universo urbano, a queda é de mais de 10%.

Outro dado significativo é que, se tomamos o segundo dado investigado sobre a doença como conhecimento mais aprofundado, a diferença de acesso diferenciado para homens e mulheres aparece mais claramente, mesmo no universo urbano, o que aponta para uma maior vulnerabilidade das mulheres que poderia explicar – ao menos em parte – a feminização da epidemia em Moçambique.

Contudo, o que se quer chamar a atenção aqui é a diferenciação de conhecimento sobre a doença que aparece no Quadro 5, referente a um conhecimento mais profundo sobre a AIDS: não apenas a diferença de gênero, mas também a diferença entre os universos urbano e rural fica evidente no que diz respeito a uma maior familiaridade com o conhecimento biomédico sobre a doença. Se, como apontamos, há uma ineficácia do aparelho propagandístico e pedagógico, ela é maior no universo rural, e isso afeta as percepções e concepções da doença – teoricamente abrindo mais espaço para as concepções locais e “tradicionalis” sobre doenças.

Uma comparação dos dados relativos a Moçambique e África do Sul permite perceber a situação sistêmica que a epidemia de HIV/AIDS apresenta na África Austral, ainda que cada país apresente também

características específicas. Os dados sobre a África do Sul (Quadro 6) que se seguem foram retirados e reproduzidos do *South African Health Review de 2003/2004* (SAHR 2003/2004), boletim epidemiológico produzido pelo *Human Science Research Council* da *Nelson Mandela Foundation* (NM/HSRC).¹⁶

¹⁶ NM/HSRC, 2004.

De início, percebe-se semelhanças com a situação moçambicana, com uma epidemia feminizada, concentrada na faixa etária entre os 20 e 50 anos, problemas relativos a um alto número de órfãos e alto índice de transmissão materno-infantil. Tudo isso está associado à dificuldade de acesso à HAART na rede pública.

Quadro 6 – Dados sobre a África do Sul (2003/2004)

- Em torno de 5 milhões de pessoas vivendo com o HIV até o final de 2002
- Em torno de 400 mil órfãos até 2002
- Prevalência estimada entre mulheres grávidas era de 26,5% em 2002
- Acesso à HAART era limitado na rede pública até 2003. De em torno de 500 mil pacientes em potencial, somente entre 20 mil e 40 mil recebiam o tratamento, a maioria por rede privada. Os anti-retrovirais estavam limitados à prevenção de transmissão materno-infantil e à profilaxia pós-contato

Fonte: SAHR 2003/2004 (NM/HSRC, 2004).

Um dado que chama a atenção é a concentração da epidemia nas regiões fronteiriças da África do Sul com Moçambique, Suazilândia, Zimbábue e Botswana – sendo os três últimos aqueles que apresentam maiores índices de prevalência na região, conforme indicado anteriormente. As maiores porcentagens de mortes causadas pelo HIV/AIDS em 2002 são registradas nas províncias de Kwazulu-Natal (51,7%), Mpumalanga (50,5%), North-West (40,7%) e Limpopo (34,2%), que fazem fronteira com os países acima indicados – juntamente com as províncias de Gauteng (43,6%) e Free-State (43,1%), não fronteiriças, mas compõendo a região nordeste do país, onde essas fronteiras nacionais se desenham e o trabalho migratório de mineiros se concentra.¹⁷

O que esses dados corroboram, portanto, é a tese que vimos defendendo aqui, qual seja, que a África Austral deve ser tomada de forma sistêmica para compreendermos a epidemia nos países da região. A maior incidência e prevalência do HIV/AIDS em áreas fronteiriças se deve aos deslocamentos populacionais históricos e contínuos entre países, que resultam também em trocas culturais e de saberes “tradicionalis” relativos às doenças.

¹⁷ Cf. NM/HSRC 2004, p. 362.

Por fim, julgamos importante ressaltar o componente racial inscrito na situação sul-africana, que resulta do legado do *apartheid* com o qual o país tem de lidar até hoje. Se como dito anteriormente, não faz muito sentido falar em relações raciais em Moçambique, na África do Sul a situação se inverte drasticamente. E tal situação incide sobre o debate e trato da epidemia de HIV/AIDS no país, o que fica explícito na tentativa de desconstrução do estigma racial da AIDS – associada num primeiro momento à população negra na África do Sul, derivando no termo *black disease* (doença de negros) para caracterizá-la racialmente. O trecho citado a seguir (traduzido livremente e extraído do *SAHR 2003/2004*), revela a tentativa de desconstrução de tal estigma:

Prevalência do HIV por raça:

De maneira importante, o estudo do NM/HSRC dissipou o mito de que o HIV/AIDS é uma "doença de negros" [*"black disease"*] com a descoberta de que 6,2% da população branca está infectada pelo HIV. Essa alta porcentagem indica uma epidemia generalizada e não pode ser tomada como isolada em sub-seções da comunidade tais como os homossexuais e os usuários de drogas injetáveis. Deve-se notar que nenhum nível similar de infecção foi medido em nenhuma outra comunidade predominantemente branca em nenhum outro lugar do mundo. A prevalência do HIV entre africanos era de 12,9%.¹⁸

Porém, contrastando com a tentativa de desconstrução do estigma racial relacionado à AIDS na África do Sul, podemos encontrar no mesmo boletim¹⁹ uma tabela de prevalência do HIV/AIDS que demonstra ser ainda operacional nas políticas públicas e nos estudos epidemiológicos produzidos no país a classificação por raça/cor (*african, coloured, indian/asian e white*). Essa classificação era utilizada durante o regime do *apartheid* e seu legado ainda marca a sociedade sul-africana, compondo a problemática da epidemia no país.

A partir da exposição sumária dos dados acima, acreditamos ser possível agora problematizarmos de forma mais realista a questão do HIV/AIDS em Moçambique, apontando algumas direções a serem seguidas para a compreensão da epidemia naquele país.

IV

Estamos convictos de que qualquer projeto de interferência na realidade moçambicana no que diz respeito à questão da expansão da epidemia passa por um ponto: escutar aquilo que os moçambicanos têm a nos

dizer. Noções tais como relações de gênero ou masculinidades, ao serem produzidas em outros contextos e partirem de pressupostos tão generalizantes tais como o de que as sociedades são compostas por homens e mulheres que supostamente reproduzem a matriz heterossexual ocidental, informam muito pouco da realidade do país. Acabam antes por reproduzir estereótipos já históricos com relação às populações africanas: o suposto machismo característico das sociedades africanas, a violência estrutural de gênero, a promiscuidade característica dos costumes tradicionais, como a poligamia, etc. E mais, acabam por trazer para o centro do debate uma categoria com toda a certeza exógena à realidade do país: a idéia de sexualidade geralmente pensada a partir de modelos biomédicos e psicológicos ocidentais.

Campanhas centradas no pressuposto da "mudança de comportamento", tão ao gosto de modelos preventivos disseminados pelas agências internacionais de financiamento e cooperação e pelas ONGs, tendem a trabalhar com interpretações apriorísticas e generalizantes sobre o "comportamento sexual" moçambicano. Com isso, impõem modelos comportamentais preventivos exógenos, sem uma prévia compreensão e adequação ao universo local, chegando ao ponto de produzirem efeitos inversos àqueles pretendidos pelas campanhas que promovem. Exemplo disso é o caso relatado e analisado por James Pfeiffer²⁰ sobre a intervenção desastrosa do marketing social do preservativo *Jeito* no Chimoio, na década de 1990, segundo o autor financiada pela USAID – *United States Agency for International Development* – a maior financiadora das políticas de controle da epidemia implantadas em Moçambique. De acordo com Pfeiffer, os formuladores da campanha de promoção do preservativo não consultaram previamente as igrejas pentecostais e seus adeptos (majoritariamente pobres e moradores da área "rural"), a fim de compreender suas visões e adequar a campanha ao universo daqueles sujeitos, que somam um contingente significativo da população moçambicana. Utilizando *slogans* ambíguos, com conteúdo sexualizado e erotizante, a promoção do preservativo acabou por produzir rumores, disseminados por pastores e fiéis das igrejas pentecostais, sobre uma associação entre a introdução dos preservativos com a expansão da epidemia, relacionada à prostituição e à "promiscuidade", geradas pela crise econômica no pós-guerra civil (resultante dos ajustes estruturais econômicos promovidos pelo Programa de Reabilitação Econômica a partir de 1987, fruto de acordo com o Banco Mundial e o FMI). O resultado foi a disseminação da idéia, *inclusive entre não pentecostais*,

²⁰ PFEIFFER, 2004.

de que a campanha em favor do uso de preservativos incentivou a promiscuidade e a prostituição, ajudando a introduzir o HIV/AIDS em território moçambicano. O que se seguiu foi uma verdadeira inversão prática da proposta inicial da campanha: a rejeição ao uso de preservativos *Jeito* entre uma parcela significativa da população, sendo o não-uso visto como uma forma de prevenção contra a transmissão do HIV. Pfeiffer chama a atenção para o fato de a rejeição ter sido direcionada apenas aos preservativos da marca *Jeito*, e não aos preservativos genéricos, que continuaram a ser procurados e utilizados. Portanto, não constatou uma rejeição ao uso de preservativos como método de prevenção às DST/AIDS, mas especialmente à marca promovida pela campanha, o que reforça sua interpretação sobre a inadequação das mensagens veiculadas na campanha. Dessa forma, identifica como problema o fato de a campanha ter desconsiderado o envolvimento das comunidades locais, criando barreiras à promoção do preservativo e aprofundando a desconfiança dessas comunidades em relação aos cooperantes e seus discursos.

Vale lembrar que a USAID, órgão do governo estadunidense, vem hoje financiando trabalhos de prevenção no país que se fundam no modelo que ficou conhecido como *ABC*,²¹ defendido pelos conservadores ligados à administração de George W. 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 – entendidas por seus propugnadores como formas contrárias à iniciação “precoce” da vida sexual e adesão à monogamia – se contrapõem, nesse sentido, à realidade de um país em que os matrimônios são “precoce” 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, que as identificam como uma espécie de neocolonialismo promovido por cooperantes estrangeiros.

Urge assim compreender a doença nos termos em que ela se expressa e é experimentada no contexto moçambicano, as manifestações associadas à expansão do HIV/AIDS com a de outras doenças, como as DSTs, a tuberculose, a pneumonia e a malária. A compreensão dos termos nativos é tanto mais importante se temos em conta que boa parte da população não se expressa em português, língua oficial do país e que domina nas

²¹ A sigla é formada pelas iniciais das palavras inglesas *Abstinence, Be faithful e Condom use*.

campanhas em papel impresso e mesmo nos meios de comunicação.

Para além de supormos que devemos realizar um conjunto infinito de pesquisas sobre os grupos étnicos e lingüísticos espalhados pelo país, pode ser iluminador realizar pesquisas nos subúrbios de cidades como Maputo, Beira e Nampula, Inhambane ou Quelimane: ali encontramos pessoas das mais distintas regiões do país que, longe de uma suposta tradição, mantêm fortes laços com o universo rural e com aqueles elementos que associamos à tradição, tais como as redes de vizinhança, parentesco e o universo de acusações de feitiçaria. O contato com as formas de organização dessas periferias – tão perto dos centros urbanos geograficamente, mas absolutamente desconhecidas pelas próprias elites do país – pode nos abrir portas para a compreensão da dinâmica de expansão da epidemia.

Por fim, gostaríamos de tocar numa questão hoje crucial no debate sobre o HIV/AIDS na África Oriental e Austral, e que é um dos focos da pesquisa que estamos pretendendo realizar em Moçambique: os usos das medicinas tradicionais no trato com o HIV/AIDS. Uma vez que a AIDS está associada à mobilidade (doença transmissível que se desenhou como uma pandemia), ela carrega consigo um teor de alteridade: é a doença do outro por excelência, não apenas nos contextos africanos. É preciso lembrar que a epidemia em Moçambique recrudesceu com o fim da guerra, o retorno dos refugiados e a circulação de pessoas pelos corredores e fronteiras. Portanto, a relação com a doença está permeada pela alteridade, pela mobilidade e pelas categorias coloniais e pós-coloniais, não se reduzindo a questões de raça e sexualidade.

Como já indicava Mary Douglas,²² há uma estreita relação entre alteridade e impureza, e as doenças, uma vez associadas a esses elementos (um ou outro ou ambos), tendem a mobilizar as “tradições” como forma de purificação e reordenação. No caso de Moçambique, as desordens causadas pela guerra mobilizaram os usos das “tradições”, entre elas as médicas. Alcinda Honwana²³ chama a atenção para o teor de “modernidade” contido nas práticas das medicinas tradicionais no Sul de Moçambique, associadas à reconstrução da vida comunitária com o retorno dos soldados e à construção da nação, exigindo um reencontro com um *ethos* tradicional e “verdadeiro” de Moçambique. A cura “tradicional”, nesse contexto, constituiu-se em uma forma de reintegração social e elaboração do projeto nacional pós-guerra. Peter Fry²⁴ aponta para o caráter ontológico,

²² DOUGLAS, 1966.

²³ HONWANA, 2002.

²⁴ FRY, 2000.

não apenas funcional, das curas e exorcismos praticados em sistemas religiosos que se aproximam do universo “tradicional” dos grupos moçambicanos: não operam apenas como reintegração, mas como reformulação e reencontro com aquilo que define o ser moçambicano, uma vez que operam como categorias de entendimento da realidade e da construção dos sujeitos nessa realidade. Portanto, se em torno de 90% da população “já ouviu falar no Sida”, é preciso entender que escuta é essa e por quais modelos interpretativos a doença é concebida, como sua etiologia é pensada e de que maneira as propostas preventivas e as terapias fazem sentido para a população. Algumas das principais doenças oportunistas associadas ao HIV/AIDS, como tuberculose e pneumonia, por exemplo, há muito estão presentes na história de Moçambique, associadas, como a AIDS, a elementos reconhecidos como veículos de transmissão do HIV e a práticas e categorias de pessoas caracterizadas como mais vulneráveis: sangue, sêmen, leite materno, trabalhadores migrantes, soldados que retornam de guerras, adultério e promiscuidade. Nunca é demais lembrar que os sinais e sintomas da AIDS são comuns a várias outras doenças, como malária e cólera, por exemplo, tão comuns em Moçambique. Assim, podemos nos questionar: o que de fato há de novo na experiência moçambicana com o HIV/AIDS? Por que não faria sentido lançar mão das “tradições” no enfrentamento de uma doença nova (enquanto nomenclatura), mas ao mesmo tempo antiga (enquanto conjunto de sinais e sintomas)? Que doença é essa para as diversas categorias sociais apontadas no início deste texto?

Nossa perspectiva de análise propõe que a lógica dos usos das medicinas tradicionais, destacados e problematizados por vários autores e instituições de cooperação internacional (governamentais e não-governamentais), deva ser compreendida dentro dos universos histórico e cosmológico e dos sistemas tradicionais (parentesco, política, economia, moral, etc.) que organizam a vida, as relações e as categorias de entendimento de significativas parcelas da população moçambicana. Não se trata aqui de uma proposta de reconhecimento da eficácia ou não dessas práticas, nem de uma “etnicização” da doença e das políticas de saúde pública – que incorreria em erro semelhante ao sul-africano, que chegou a racializar/etnicizar a doença como *“black disease”* –, mas sim do reconhecimento de que essas práticas, uma vez que são ontológicas (como propõe Peter Fry) e historicamente validadas, não podem ser simplesmente descartadas na compreensão da epidemia em Moçambique e da experiência dos moçambicanos com

a doença. As medicinas tradicionais não estão restritas a grupos étnicos isolados, mas apresentam uma grande capilaridade e "invasão" nos universos não associados à "tradição" e à população rural. Ou seja, não podem ser tomadas como meras crenças idiossincráticas que estão presentes nos setores mais "atrasados" da sociedade moçambicana, mas devem ser reconhecidas como sistemas operantes nas relações mais amplas dentro da estrutura social, num momento bastante particular, inclusive articulando e definindo categorias de entendimento e relação como raça, gênero, sexualidade, poder e vulnerabilidade, amplamente utilizadas nos estudos sobre o HIV/AIDS no mundo todo.

Se do ponto de vista das ciências biomédicas o HIV/AIDS é um dado absoluto e universal, do ponto de vista da epidemiologia e da determinação de vulnerabilidades ele é um conjunto de fatos plurais, fragmentados e relativos. A experiência social com a doença é sempre contextualizada e assim deve ser compreendida. Sem isso, corremos o risco de reificar e universalizar categorias de entendimento que explicam determinados contextos, mas que não operam da mesma forma e com a mesma importância em todos. A África Oriental e Austral tem nos mostrado isso de uma maneira muito clara e dramática.

Referências bibliográficas

BARRETO, Avertino et al. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (Actualização, ano 2000)*. 3. ed. Maputo: INE/MISAU/MPF/CEP-UEM/CNCS/Faculdade de Medicina-UEM/MINED, 2002.

BUTLER, Judith. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge, 1990.

CACCIA-BAVA, Emiliano de Castro; THOMAZ, Omar Ribeiro. "Moçambique em movimento: dados quantitativos". In: FRY, Peter (Org.). *Moçambique: ensaios*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1966.

FRY, Peter. "O Espírito Santo contra o feitiço e os espíritos revoltados: 'civilização' e 'tradição' em Moçambique". *Mana*, v. 6, n. 2, p. 65-95, 2000.

HONWANA, Alcinda M. *Espíritos vivos, tradições modernas: posseção de espíritos e reintegração social pós-guerra no Sul de Moçambique*. Maputo: Promédia, 2002.

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *INJAD – Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens Adolescentes*. Maputo: INE, 2002.

MANDANI, Mahmood. *Citizen and Subject: Contemporary Africa and the Legacy of Late Colonialism*. New Jersey: Princeton University Press, 1996.

MOREIRA, José. *Os assimilados, João Albasini e as eleições, 1900-1922*. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique, 1997.

NCOMO, Barnabé Lucas. *Uria Simango: um homem, uma causa*. Maputo: Navafrica, 2004.

NM/HSRC – Nelson Mandela Foundation/Human Science Research Council. *SAHR – South African Health Review 2003/04*. Durban: Health Systems Trust, 2004.

PFEIFFER, James. "Condom Social Marketing, Pentecostalism, and Structural Adjustment in Mozambique: a Clash of AIDS Prevention Messages." *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, v. 18, n. 1, March 2004, p. 77-103.

ZAMPARONI, Valdemir Donizetti. *Entre narros e mulungos: colonialismo e paisagem social em Lourenço Marques. c. 1890 – c. 1940*. 1998. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

[Recebido em abril de 2006 e aceito para publicação em maio de 2006]

Race, Sexuality and Illness in Mozambique

Abstract: This article, through an analysis of Mozambican historical, social cultural and racial complexity, intends to point out the necessity of understanding HIV/AIDS epidemics in that country as a phenomenon with specific implications, determined by those particular conditions. The traditional healing systems and their disease conceptions, which are intimately related to local kinship, gender relations and cosmologies, and affect the interpretations that subjects produce about their context and experiences, should be considered to understand the relations Mozambicans establish with the disease, determining their particular conceptions and experiences with HIV/AIDS.

Key Words: Mozambique, HIV/AIDS, Traditional Healing.