POLÍTICAS DE HIV E SIDA E DINÂMICAS SOCIOCULTURAIS EM MOÇAMBIQUE

NOTAS PARA REFLEXÃO

Sandra Manuel

INTRODUÇÃO

Passaram-se duas décadas após a identificação dos primeiros casos de HIV e SIDA no país. Até 1992, a guerra civil restringiu a circulação dentro e fora das fronteiras nacionais. No entanto, o movimento de retorno dos refugiados, assim como o intensificar da actividade económica e comercial, contribuiu, desde então, para o rápido aumento dos níveis de prevalência em Moçambique. O novo milénio inaugurou a inclusão do país e da região africana a que este pertence - África sub-Sahariana - no grupo dos países com os mais elevados índices de HIV e SIDA no mundo. Neste artigo proponho-me a reflectir sobre a resposta nacional à HIV e SIDA em Moçambique convidando, particularmente, à reflexão sobre a maneira como as políticas de HIV e SIDA (concretizadas em forma de planos) reflectem e interagem com a diversidade das dinâmicas socioculturais do território nacional.

Ao longo dos anos, os planos de controlo de HIV e SIDA vêm estabelecendo as linhas-chave de acção nacional que definem - particularmente a partir da introdução do Plano Estratégico Nacional no ano 2000 - os objectivos a atingir no período de duração do plano, o modelo de operacionalização das actividades e o processo de monitoria e avaliação das actividades realizadas. Estes planos fazem um levantamento da situação nacional de HIV e SIDA e definem os conceitos a operacionalizar. Na minha experiência como antropóloga na área de saúde e sexualidade, dois conceitos vêm-me chamando a atenção pela forma como são usados no discurso e na prática concernente à HIV e SIDA: género e tradição. Assim, neste artigo, tentarei trazer ao debate algumas das reflexões que venho realizando com base na minha experiência como académica e consultora no concernente à interacção entre as políticas de HIV e SIDA e a sua aplicação no terreno, realçando estes dois conceitos.

Em primeiro lugar, apresentarei, de forma abreviada, o estado de situação de HIV e SIDA no país e uma breve descrição do percurso das políticas de HIV

e SIDA. Subsequentemente, irei reflectir sobre algumas das *nuances* criadas entre os posicionamentos políticos e as variáveis socioculturais, especificamente no referente aos conceitos de género e tradição. A discussão aqui apresentada tem como base a análise de documentos governamentais, de organizações e parceiros multilaterais e bilaterais de Moçambique. A reflexão é auxiliada pela literatura académica da área social que discute aspectos nacionais, africanos e visões globais sobre HIV e SIDA, política e questões socioculturais associadas ao género e sexualidade. Paralelamente, usarei reflexões provenientes da pesquisa etnográfica por mim efectuada, tanto a nível rural como urbano, pelo país.

UM OLHAR SOBRE A TRAJECTÓRIA DO HIV E SIDA E SUAS POLÍTICAS

SIDA é considerado um grave problema de saúde e social em Moçambique, uma vez que afecta as diversas esferas da sociedade. Em termos de taxas de prevalência de HIV, verificou-se um crescimento que na primeira década do século XX atingiu os 15% da população nacional. No entanto, as dinâmicas de prevalência nacional, longe de serem homogénea apresentam um padrão de heterogeneidade nas diferentes províncias e regiões do país. A tabela abaixo ilustra a diversidade da prevalência de HIV no país num intervalo de dez anos.

Como se pode depreender da tabela, as estatísticas sobre a prevalência de HIV das rondas epidemiológicas e do INSIDA indicam tendências diferenciadas. Estas dissemelhanças devem-se ao facto de os estudos usarem metodologias distintas de recolha de dados. As rondas epidemiológicas são realizadas em mulheres grávidas através de testagem sequencial de 300 mulheres entre os 15-49 anos de idade durante a sua primeira consulta pré-natal (INE *et al.*, 2008) Diferentemente, o INSIDA efectuou a recolha de amostras de sangue junto dos inquiridos (tanto homens como mulheres) dos 0 aos 64 anos elegíveis para o inquérito, tendo em vista estimar a prevalência da infecção por HIV na população moçambicana em geral (INSIDA, 2010: 1).

No entanto, a relevância da análise enraíza-se no facto de HIV e SIDA se ter tornado um problema e ter sido colocado na agenda não apenas por ser um problema de saúde e um peso sócio-económico mas também, como sugere Parker (2000), em 1990 a SIDA já se ter transformado numa indústria com valores económicos, simbólicos e políticos elevados que conseguiam envolver e mobilizar diversos interesses (Parker, 2000).

TABELA 1 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE PREVALÊNCIA DE HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

Província	Ronda 2000	Ronda 2001	Ronda 2002	Ronda 2004	Ronda 2007	INSIDA 2010
Maputo Cidade	13,5%	15,5%	17,3%	20,7%	23%	16,8%
Maputo Província	14,4%	14,9%	17,4%	20,7%	26%	19,8%
Gaza	12,6%	19,4%	16,4%	19,9%	27%	25,1%
Inhambane	7,8%	7,9%	8,6%	11,7%	12%	8,6%
Zona Sul	12,0%	14,4%	14,8%	18,1%	21%	17,8%
Sofala	20,6%	18,7%	26,5%	26,5%	23%	15,5%
Manica	17,3%	18,8%	19,0%	19,7%	16%	15,3%
Tete	16,3%	16,7%	14,2%	16,6%	13%	7,0%
Zambézia	10,0%	15,4%	12,5%	18,4%	19%	12,6%
Zona Centro	14,4%	16,8%	16,7%	20,4%	18%	12,5%
Niassa	6,2%	5,9%	11,1%	11,1%	8%	3,7%
Nampula	4,8%	7,9%	8,1%	9,2%	8%	4,6%
Cabo Delgado	7,5%	5,0%	7,5%	8,6%	10%	9,4%
Zona Norte	5,7%	6,8%	8,4%	9,3%	9%	5,6%
Nacional	11,0%	12,7%	13,6%	16,2%	16%	11,5%

FONTES INE et al 2008, MISAU & INE 2010

Em termos de políticas nacionais, o ano de 1986 marcou o início de uma preocupação com o problema em Moçambique quando foi diagnosticado o primeiro caso de SIDA num médico haitiano que se encontrava no país (CNCS, 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tomou um papel central na coordenação dos esforços da descoberta e combate à epidemia a nível global. Assim, uma equipa da OMS desloca-se a Moçambique em 1986 e ajuda no diagnóstico do primeiro caso no país. Em 1987, como resposta à descoberta do primeiro caso de SIDA, esta equipa da OMS inicia, em coordenação com o MISAU, a preparação dos primeiros estudos epidemiológicos sobre a doença (MISAU, 1988). Esta iniciativa enquadra-se no contexto do *Global Programme on AIDS*/Programa Global da SIDA de 1986 a 1989 (Mann e Kay, 1991) da OMS. A implementação da estratégia global pela OMS implicava a colaboração deste organismo com os países no desenho dos planos nacionais de luta contra SIDA que se traduziriam em políticas de gestão da doença (Mann e Kay, 1991; Matsinhe, 2005).

É no âmbito dos resultados desses estudos, e dando seguimento à estratégia global de luta contra SIDA da OMS que o MISAU se mobiliza para desenhar o primeiro programa de combate à HIV e SIDA, sob clara orientação e concepção

de consultores da OMS - o Plano de Curto Prazo de 1987. Como o nome indica, este plano foi breve, com a maior parte das actividades realizadas mesmo no ano de 1987. O objectivo central era a criação de uma estrutura administrativa para a coordenação das acções. Assim, era imperiosa a contratação de um coordenador nacional para o Programa Nacional de Combate à SIDA (PNCS) e a sua contra-parte da OMS, o envio de material de educação em saúde e um stock de preservativos (MISAU in Matsinhe, 2005: 39).

Em 1988 segue-se o Plano de Médio Prazo que vigora entre 1988 e 1990. Neste plano, os objectivos centravam-se em identificar a magnitude e progressão da epidemia, promover medidas para a redução da transmissão por via sexual, através do sangue, e assegurar o aconselhamento às pessoas diagnosticadas com o HIV positivo e doentes de SIDA (MISAU, 1988). A questão do tratamento era também indicada neste plano, embora em termos práticos não fosse efectivada devido ao estágio geral da epidemia e às dificuldades no concernente ao tratamento.

Nota-se a intervenção marcante da OMS nestes processos, como parte da sua estratégia de globalização da estrutura de resposta que era orgulhosamente referida nos seus documentos, que indicavam que, em 1991, cerca de 157 países dispunham de um plano de combate à SIDA; no entanto, “tal não refere nada sobre os conteúdos, graus de apropriação e implementação desses planos” (Matsinhe, 2005: 39). Percebe-se também que, desde o início do processo de gestão da epidemia, Moçambique já seguia tendencialmente um modelo importado com carácter *top-down*, uma vez que os especialistas, o modelo das políticas a serem implementadas na luta contra a SIDA, assim como os materiais de educação para saúde e SIDA, eram importados. Tal processo reflectia a humildade e a ausência de *expertise* local na gestão da nova epidemia. No entanto, como refere Matsinhe, existiam ressalvas que, embora discretas, possuíam um carácter bastante significativo nas etapas de estruturação da resposta moçambicana à SIDA (Matsinhe, 2005), como indica o seguinte posicionamento:

O Governo de Moçambique reconhece que o PNCS é de alta prioridade, mas não deverá impedir o funcionamento de outros programas sanitários devendo por isso ser promovido tanto quanto possível nas actividades dos Cuidados Primários (MISAU in Matsinhe, 2005).

Tal pronunciamento demonstra um sentido de manutenção de uma autonomia a nível político e de organização da estrutura política local. No entanto, em questões de carácter sociocultural, nota-se um vazio na acção. Este difere de casos considerados de sucesso na gestão de HIV e SIDA como o Brasil onde, embora a resposta ao SIDA

estivesse também centrada na OMS, activistas locais tiveram um papel importante nas primeiras iniciativas de combate à doença, sendo os responsáveis pela primeira articulação da sociedade civil com os órgãos de saúde para produzir uma resposta governamental à epidemia (Santos, 2009).

Para a gestão dos programas, foram criadas pelo MISAU a Comissão Nacional de Combate à SIDA e o Centro de Coordenação da SIDA (CCS). O primeiro tinha como papel central aconselhar o MISAU na condução de programas de combate à epidemia e o último deveria gerir a implementação quotidiana do Programa (MISAU, 1988). No processo de combate à epidemia, foram envolvidas as chamadas organizações democráticas de massas como a Organização dos Trabalhadores de Moçambique (OTM), a Organização da Mulher Moçambicana (OMM), a Organização da Juventude Moçambicana (OJM), Grupos Dinamizadores (GDs) reflectindo o ambiente político vivido na altura. Os membros dessas organizações receberam formação como educadores para a SIDA em cada província. Membros das Forças Armadas de Moçambique foram também treinados pela sua “inserção nas áreas rurais” durante a época da guerra civil (Matsinhe, 2005). Os “curandeiros” foram igualmente envolvidos através do “Programa sobre Medicina Tradicional” existente no Instituto Nacional de Saúde. No entanto, as dinâmicas de poder entre a biomedicina e a medicina tradicional começam a ser evidenciadas com a adopção, por especialistas da biomedicina, de uma perspectiva paternalisticamente pedagógica e não de diálogo e trocas, uma vez que, no processo de interacção entre os dois grupos, os biomédicos tendem a ditar o que fazer e como fazer aos médicos tradicionais (Green, 1994).

A situação de guerra vivida no país nos primórdios do diagnóstico da SIDA em Moçambique iluminou algumas especificidades como mostra a avaliação do Plano de Médio Prazo (1988-1990) que aponta para graves problemas de implementação devido à desestabilização provocada pela guerra. No entanto, outras dificuldades emergem como mostra Matsinhe na sua análise:

A ideia de que alcançar “mudanças de comportamento” é muito difícil, permeia a reacção moçambicana contra a SIDA em todas as suas etapas. E é recorrentemente invocada ao longo das intervenções dos diferentes actores, em diferentes tons e com diferentes subterfúgios, até como forma de demonstrar frustração e impotência, a despeito dos programas considerados aperfeiçoados, e zelosamente implementados, ... mas sem aparentemente produzir os desejados efeitos de influenciar comportamentos, sistematicamente monitorados através de números, aos quais o país se apegou e olha como sinónimo do sucesso ou fracasso das suas campanhas de informação e educação (Matsinhe, 2005: 45).

Segundo a análise de Matsinhe percebe-se, desde muito cedo, no processo de planificação e controlo da epidemia, que a mudança de comportamentos é uma meta difícil de atingir, embora se insista na concretização de tal mudança como medida de sucesso.

Ainda no Plano de Médio Prazo (1988 – 1990), na conjuntura social da epidemia, os deslocados de guerra passam a ser percebidos como os principais propagadores do vírus devido a uma tendência de promiscuidade.

No ano de 1992 entra em vigor o que foi designado como a 3ª fase do Plano de Médio Prazo, dando continuidade aos dois precedentes. Nesta, dá-se mais ênfase ao preservativo. O foco está na concentração de esforços para que a sua distribuição entre numa fase mais dinâmica, surgindo assim a necessidade de desenhar uma estratégia de *marketing* e melhorar a rede de distribuição (MISAU, 1992: 14). Para implementar a estratégia de *marketing* social do preservativo, o MISAU contratou a Population Service International (PSI), com fundos disponibilizados pela Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID). As actividades do PSI iniciaram-se em três cidades e estenderam-se posteriormente para todas as províncias do país, com particular destaque para a maior parte dos distritos (Matsinhe, 2005).

No contexto de paz que o país passou a viver após os Acordos de Paz de 1992, o Programa Nacional de Combate à SIDA (PNCS) trabalha no sentido de alargar o programa a todas as províncias e distritos. As principais actividades visavam a formação de pessoal de saúde na detecção e tratamento de doenças de transmissão sexual (DTS), estabelecimento de sistemas de vigilância epidemiológica e actividades de informação, educação e comunicação.

Em 1995 assiste-se à fusão do Programa Nacional de Combate à SIDA e o Programa Nacional de Controlo de DTS, formando o Programa Nacional de Controlo de DTS/HIV-SIDA, com financiamento maioritário da Comunidade Europeia. As principais áreas de acção passam a incluir: Gestão, Informação, Educação e Comunicação, Vigilância Epidemiológica, Apoio Laboratorial, Aconselhamento e Cuidado de Doentes e *Marketing* Social do Preservativo (Matsinhe, 2005).

Em 1996 foi criada a UNAIDS que passou a assumir a resposta ao HIV e SIDA, antes coordenada pela OMS. Em 1999 o Banco Mundial lança o modelo Plano Estratégico Ideal que preceitua que a luta contra o HIV e SIDA deve começar no nível mais alto de liderança política. E, por essa razão, os países deveriam nomear uma comissão multi-sectorial de trabalho que englobasse representantes

dos variados ministérios, líderes religiosos e culturais, sociedade civil, pessoas com HIV/SIDA, grupos de mulheres e jovens, organizações não governamentais, organismos de base comunitária, sector privado, entre outros. É neste cenário que no ano 2000 é criado o Conselho Nacional do Combate ao HIV-SIDA seguindo a directiva do Banco Mundial de criação do National Aids Council (CNCS) e de um plano estratégico nacional – guia para acção e mudança..

Na filosofia trazida com a entrada da UNAIDS e pelo Banco Mundial, nota-se a ênfase na expansão da resposta multi-sectorial que se reflecte nos objectivos centrais do primeiro Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA - PEN I (2000-2002): reduzir a propagação das infecções de HIV e mitigar os efeitos da epidemia através de uma perspectiva resposta multi-sectorial com foco em acções de prevenção (UNAIDS, 2008). Nesta perspectiva, seguindo os ditames do Banco Mundial e das agências das Nações Unidas responsáveis pela gestão da epidemia, o HIV e SIDA foi integrado (*'mainstreamed'*) na maior parte das estruturas que definem a política nacional como o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II); vários Ministérios elaboraram planos de combate à epidemia.

O PEN II (2005-2009) representa a segunda geração do delinear da estratégia de acção e preconiza a promoção das intervenções com vista a reduzir o nível de infecção e o aumento dos cuidados e tratamento das pessoas vivendo com HIV e a participação de todos os beneficiários no processo de mitigação. Entre os alcances do PEN II destacam-se o alargamento do aconselhamento e testagem em unidades sanitárias; a expansão dos serviços de prevenção de transmissão vertical e tratamento anti-retroviral, embora ainda não se tenham atingido as metas desejadas. Parte das limitações devem-se à escassez de recursos humanos em quantidade e qualidade; elevado nível de estigma e discriminação que previnem ou limitam as mulheres grávidas de utilizarem os serviços existentes para o tratamento e a prevenção da transmissão vertical; perdas de oportunidade de seguimento de mulheres e crianças expostas devido ao estigma e discriminação, combinado à insuficiência de recursos humanos para a busca activa das utentes que abandonam os serviços e fraco envolvimento das famílias e comunidades (CNCS, 2010).

O recentemente aprovado PEN III (2010 – 2014) aposta em cobrir as lacunas do plano precedente e dar prosseguimento à redução do risco e vulnerabilidade à HIV e SIDA; prevenção; tratamento e cuidados; e mitigação do impacto. Este plano define sete princípios orientadores. Alguns destes merecem destaque para a

reflexão aqui efectuada por proporem uma visão inovadora a aspectos que discutirei na secção seguinte. O ‘princípio de orientação para resultados inspirado nas evidências’, e o ‘princípio da moçambicanização da reposta’ são alguns exemplos.

CHOQUES E DILEMAS ENTRE AS POLÍTICAS E A REALIDADE SÓCIO-CULTURAL

Na análise das abordagens de controlo de HIV e SIDA no país verifica-se que as medidas e linhas orientadoras da acção partem de perspectivas teóricas, métodos, modelos de aplicação e técnicas provenientes de centros académicos internacionais, organizações das Nações Unidas ou de governos nacionais que não encontram, necessariamente, referentes idênticos a nível local. Embora a colaboração com entidades e perspectivas universais seja salutar, o ignorar ou a não tomada de consideração das dinâmicas locais pode revelar-se problemática.

Em alguns aspectos, a perspectiva adoptada no controlo de HIV e SIDA a nível nacional apresenta problemas resultantes, a meu ver, da falta de tomada de consideração de lógicas locais ou da não harmonização dos conceitos e políticas a tais quadros/referências. Nesta secção, irei olhar para dois conceitos - género e tradição - que tendem a não estar a ser operacionalizados de forma ajustada às realidades socioculturais nacionais.

GÉNERO NO CONTEXTO DO HIV E SIDA

O uso do conceito ‘género’ nos planos e acções concernentes ao controlo e mitigação dos efeitos de HIV e SIDA em Moçambique merece aqui destaque devido às nuances que apresenta. No entanto, antes de explorar tais nuances, penso ser necessária uma breve discussão sobre o conceito, uma vez que algumas das contradições no seu uso nas políticas e actividades a nível nacional derivam, na minha análise, dos diferentes posicionamentos teóricos presentes na sua conceptualização.

Género, comumente usado como uma categoria gramatical, ganhou uma nova terminologia nas Ciências Sociais, com a distinção entre sexo biológico e papéis de género efectuada pelo sexólogo Money em 1955. A diferenciação entre sexo e género alastrou-se para as mais diversas áreas das Ciências Humanas na década de 1970 quando feministas se basearam em dados resultantes de cruzamentos culturais provenientes de estudos antropológicos para estabelecer a variedade do

género e dos papéis de género e assim providenciar a base de sustentação para a posição feminista de que género seria uma construção social e não um determinismo biológico (Moore, 1994). Género como construção social significa que cada sociedade atribui a cada sexo características resultantes das ideias acerca do comportamento, papéis sociais e acções. Género passou então a ser entendido como a elaboração cultural dos significados dos factos naturais das diferenças biológicas entre homem e mulher (Moore, 1999).

Diferentemente, Butler (1993) olha para o sexo não como apenas algo que os indivíduos possuem ou uma descrição estática do que alguém é, mas uma das normas pela qual o indivíduo se torna reconhecido pelos outros; uma norma que qualifica um corpo dentro do domínio da inteligibilidade cultural (Butler, 1993: 2). Género, para Butler, é a construção social discursiva de sexo (Butler, 1993). Ainda no mesmo debate, a posição dos teóricos *queer*¹, que ao invés de olharem para o binómio homem - mulher como fazem os teóricos feministas centralizam a sua elaboração no binómio homossexualidade - heterossexualidade, e afirmam que não existe necessidade de um conceito de género. Eles argumentam assim, baseados na re-conceptualização de género como um processo (no sentido que os indivíduos encenam, em diferentes momentos, diferentes identidades de género) e não uma categoria essencializada (que o indivíduo nasce ou adquire infinitamente uma identidade de género imutável), estando o foco na acção do género em vez da essência fixa do conceito (Vance, 1991; Moore, 1999).

Ao olhar para esta breve resenha sobre o debate teórico do conceito de género, percebe-se que este conceito é percebido de diversas maneiras mas, que de forma central este é definido a partir da influência sociocultural sobre o corpo (biológico) dos indivíduos nas diferentes sociedades onde estes estão inseridos. A questão que se coloca, no entanto, é que encontramos universalmente uma multiplicidade de valores, lógicas e dinâmicas sociais. Consequentemente, a forma como o género é vivido, como os papéis de género são vivenciados e representados em diferentes sociedades e comunidades (inclusive dentro das mesmas fronteiras nacionais) é diversificada.

No entanto, como afirma Hawkesworth, visões feministas de género que erradamente assumiram e sugeriram papéis universais e invariáveis de género, ignoran-

¹ O termo *queer* refere-se aos grupos de minorias sexuais e identidades de género que se distanciam da heteronormatividade (tendência que naturaliza a heterossexualidade e a elege como norma social).

do as especificidades culturais, raciais, de classe e etnicidade (1994: 680), ganharam espaço no desenho de políticas públicas um pouco por todo o mundo. Uma das assunções marcantes desta perspectiva é a posição social inferior da mulher.

No contexto moçambicano, a limitação de estudos sociológicos informativos sobre as diferentes dinâmicas nas relações de género no âmbito público e privado deixou alguns vazios que, de forma generalizada, foram preenchidos com a noção de subordinação da mulher e do poder masculino, como se pode verificar por exemplo no PEN II, PARPA II, entre outros documentos governamentais. Mais adiante, discutirei exemplos específicos sobre estas dinâmicas de género no PEN II.

Embora seja verdade que o contexto sócio-cultural e económico de comunidades específicas no país relega, de forma dinâmica (e não fixa e irreversível), um estatuto inferior às mulheres (e igualmente a homens) em determinada faixa etária, estado civil, situação ritual², entre outras, observa-se uma tendência à generalização da posição da mulher nas políticas, neste caso concreto relacionadas ao combate de HIV e SIDA. O Plano Estratégico Nacional para o combate de HIV e SIDA 2005 - 2009 (PEN II) refere, por exemplo, que:

O fenómeno da sexualidade e o seu exercício, para além de diferenciado em função dos lugares e de vivências temporais, obedece fundamentalmente a critérios de género. Com efeito, embora a sexualidade seja geralmente entendida como um fenómeno que tanto diz respeito aos homens quanto às mulheres, é percebida de maneira diferenciada, em função dos papéis sociais de género. O indivíduo é investido, desde o nascimento, em razão do seu sexo, pelas representações e pelas normas que definem o lugar do seu sexo na sociedade. Assim, entende-se que há uma sexualidade eminentemente masculina e uma sexualidade eminentemente feminina. Por isso, a sexualidade é um recurso do poder e de força. Em Moçambique, como acontece em muitos países da África Sub-Sahariana, a sexualidade é um direito do homem. Determinar quantos filhos terá o casal, decidir sobre quando, como e onde ter sexo, entre outros aspectos, está no quadro dos seus direitos. À mulher cabe um papel passivo (CNCS, 2004: 34).

Este parágrafo, que possui as linhas orientadoras para o entendimento e aplicação de políticas de controlo de HIV e SIDA com base na sensibilidade de género, apoia-se em pressupostos que não correspondem à totalidade do universo moçambicano. Senão vejamos: em contextos rurais e matrilineares do norte de Moçambique, por exemplo, aspectos relacionados com o poder e com a sexualidade emergem de forma diferente da evidenciada no parágrafo. Aqui, a profi-

² Indivíduos que não tenham passado por determinado ritual (por exemplo ritual de iniciação) podem perder regalias e estatuto social.

ciência sexual é uma arte das mulheres sob o domínio das mulheres idosas que transmitem às mais jovens (Arnfred, 2007). Assim, no campo sexual, em regiões do norte do país, os homens são progenitores e as mulheres sedutoras. Espera-se que as mulheres jovens dominem as artes eróticas e, em troca do seu papel como progenitores, os homens têm o direito de esperar que as suas esposas os seduzam e lhes providenciem prazer sexual (Geffray, 2000). Assim, a mulher possui aqui um papel sexual activo pois é ela quem inicia e escolhe o momento para efectuar o acto sexual através da sedução e do uso das técnicas e artes sexuais que adquiriu nos ritos de iniciação. A função do homem é a de depositar o sêmen que irá gerar descendentes que irão garantir a reprodução social do *nihimo* (clã matrilinear dos Macua, unidade de pertença) da esposa.

Ainda para dar exemplo da fluidez e mobilidade das identidades de género, na minha pesquisa etnográfica em zonas rurais da província de Gaza, entrei em contacto com indivíduos que, no modelo binário de género, seriam considerados mulheres, mas assumiam papéis de género masculino. Estas eram assim tratadas nas suas comunidades pois haviam pago o *lobolo* (dote da noiva) de outras mulheres. Tais casos aconteciam quando falecia uma mulher com a qual o seu marido (também já falecido) havia gerado filhos e a família deste se recusava ou não possuía recursos para pagar o *lobolo* antes do enterro da recém-falecida. Assim, a viúva (em alguns casos) pagava o *lobolo*. Nestes casos, esta mulher adquiria a identidade e o papel social masculino. Como classificar então tal identidade no binómio de género e em termos de sexualidade?

Outros exemplos de África mostram que a lógica de dominação de género sob o binómio homem-mulher não é necessariamente endógeno. Oyewùmí (1997), ao descrever as relações pré coloniais em Yorubaland, mostra como a gerontocracia era marcadamente um fenómeno de distinção nas relações sociais, e como a mulher biológica não é *a priori* dominada pelo homem biológico. Amadiume (1987) refere-se a *filhas masculinas e maridos femininos* no contexto Igbo, na região oriental da Nigéria, para mostrar que os papéis e identidades de género não recaem necessariamente sobre o sexo biológico do indivíduo. Por outras palavras, mulheres biológicas podem assumir papéis e identidades de género associados, nas suas sociedades, ao masculino e vice-versa. Estas flexibilidades traçam um quadro complexo de relações sociais, sexuais e económicas no contexto Africano que questionam a simplicidade do modelo dualista de homem e mulher.

As percepções de género usadas nas políticas de HIV e SIDA cegam parte das especificidades e a diversidade de dinâmicas existentes no país (como as acima descritas). O ponto de partida é que as sociedades se estruturam de diversas formas e a norma numa sociedade não é necessariamente a mesma em outras sociedades. No contexto ocidental, o género assenta-se de forma generalizada no binómio homem e mulher onde o poder é atribuído ao homem. Ser homem confere poder num contexto em que as famílias se estruturam em torno de um homem e de uma mulher. Nesse contexto, o sexo estrutura as relações sociais. Em outros contextos como Yoruba, Igbo e muitos outros, incluindo Moçambique, senioridade e gerontocracia estruturam as relações sociais. Aqui, as famílias estruturam-se em torno de um homem, uma mulher, sogras, sogros, cunhadas e cunhados. Aqui o poder estrutura-se com base em outros arranjos que não exclusivamente o sexo. Assim, neste contexto, - género difere de sexo. Tal facto não é reflectido nos diversos instantes em que políticas e documentos governamentais, e não só, usam o termo “género” para identificar sexo. Mais ainda, se homens e mulheres biológicos podem adquirir de forma fluida identidades e papéis de género masculinos, femininos, inter-género, trans-género, *queers* (Nestle, Howel e Wilchins, 2002) parece-me que o uso do conceito género para significar sexo (como acontece no PEN II) fixa a diversidade e fluidez das identidades existentes.

Um exemplo empírico elucidativo da falta de clareza em relação ao significado do conceito de género observa-se na contradição entre as concepções de género nos documentos oficiais e nos programas implementados ao nível da comunidade. O PEN II evidencia a necessidade de perceber a dimensão social das relações sexuais entre homens e mulheres e a necessidade de agir no sentido de transformar estas relações de género. O documento patenteia também as dinâmicas de vulnerabilidade ao HIV entre as mulheres. No entanto, quando estas directrizes chegam aos implementadores de projectos de desenvolvimento comunitário, como mostram Vilella, Barber e Madder (2010), verifica-se que o conceito de género e a vulnerabilidade da mulher transformam-se em acções de mitigação das condições de pobreza das viúvas e órfãos vivendo com HIV e SIDA. Significa então que a prioridade não é alocada à análise dos padrões de relacionamento entre homens e mulheres ou dos moldes em que a sexualidade é vivida, especialmente se tal reflexão não irá oferecer alternativas imediatas para uma vida quotidiana mais acessível. Os projectos tendem, então, a centrar-se na mitigação do impacto da epidemia, disseminando a ideia

de que o HIV é um vírus evitável e que as pessoas infectadas devem ser acolhidas. As mensagens não alcançam o tópico da sexualidade ou as diferenças de poder entre homens e mulheres e as actividades não deixam nenhum legado talhado para cada um dos géneros (Vilella, Barber e Madder, 2010: 697).

A minha experiência de pesquisa e consultoria com diversas instituições e organizações que implementam políticas de género no contexto de HIV e SIDA revelou a existência de um elevado número de contradições e incongruências na compreensão e implementação do conceito de género. Desde entrevistas, em que os representantes de organizações, ao responder até que ponto as suas actividades eram sensíveis às dinâmicas de género, identificavam e contavam quantas mulheres existiam em cada sector para mostrar tal sensibilidade. Outro aspecto marcante é que, embora o género seja nas políticas identificado como concernente a homens e mulheres, na maior parte das acções práticas, o género é equivalente a mulher. E, em algumas das acções com vista à mitigação das desigualdades de género, esta mulher é muitas vezes percebida de forma desenraizada da estrutura social, familiar e cultural a que pertence, através de acções que apenas se centralizam na mulher e ignoram todos os outros indivíduos com os quais esta socializa. Uma das consequências de tal visão de género é que, na operacionalização do PEN II, por exemplo, muita atenção encontra-se focalizada em mulheres seropositivas em detrimento de casais seronegativos com potencial de melhorar a prevenção, e verifica-se o fraco envolvimento de homens (CNCS, 2010).

O mais recente Plano Estratégico de combate à HIV e SIDA, PEN III (2010-2014), apresenta avanços com visões mais holísticas sobre o conceito de género. Neste plano, ficam claros os esforços de diferenciar género e mulher. Depois de reconhecidos os desafios práticos – dificuldade de atingir e envolver homens nas actividades de resposta à SIDA – tanto o PEN III como o Plano de Acção Sobre Género e HIV e SIDA (2009/15) assumem que género não é só mulher. Nos últimos tempos, as estratégias e intervenções vêm assumindo publicamente as consequências do ignorar o homem. Esta constitui uma viragem na colocação da abordagem sobre o género. A título de exemplo, as várias campanhas de comunicação multimédia sobre a violência doméstica conjugal e Múltiplos Parceiros Concorrentes (MCPs) são concebidos no sentido de dialogar com alguns estereótipos sobre a masculinidade que estão por detrás das dificuldades que as intervenções encontram no terreno.

“TRADIÇÃO”: OS PERIGOS DO SEU USO COMO RECURSO APELATIVO PARA EXPLICAR O HIV E SIDA NA ÁFRICA SUB-SAHARIANA

As diversas vagas explicativas para o facto de os níveis de HIV e SIDA se mostrarem bastante elevados na região sub-Sahariana muitas vezes associam-se às dinâmicas sócio-sexuais e às lógicas locais “tradicionais”. O termo “tradição” carrega significados múltiplos nas suas diversas aplicações. No contexto moçambicano, associado ao desenho de políticas sobre o HIV e SIDA, o conceito “tradição” é usado para identificar determinadas práticas, percepções e lógicas inscritas nas dinâmicas históricas com carácter regional, comunitário e/ou familiar. Assim, o entendimento de “tradição” (e, por conseguinte, “modernidade”) neste artigo tende ao sentido de construto discursivo e histórico em vez de factos objectivamente identificáveis, daí o uso de aspas. Como explica Passador, “por causa do contexto histórico, os termos ‘tradição’ e ‘modernidade’, mais do que conceitos analíticos do debate académico e político, ou mais do que valores morais exógenos, se tornaram categorias émicas presentes no discurso quotidiano e no senso comum” (Passador, 2009: 688).

Em Moçambique, o enfoque no conceito de “tradição” nas discussões e políticas públicas de prevenção e controlo do HIV e da mitigação da SIDA emerge de dois contextos distintos. Por um lado, internamente e de forma diacrónica, o debate sobre a ‘tradição’ sempre esteve presente discutindo-se a sua capacidade em influenciar negativamente os projectos coloniais, os ideais de modernização pós-independência e o seu papel no fomento da guerra civil. Este debate estende-se para a discussão e actividades relacionadas com HIV e SIDA com o empenho das instituições do governo e agências não governamentais sobre o papel do parentesco, as percepções e relações de género, sexualidade, rituais de purificação e passagem nos diferentes grupos etno-linguísticos³, e a insistência das populações no uso da medicina tradicional. A identificação de tais factores conduz a acções de incentivo à mudança de comportamento, com base na crença de que as dinâmicas acima mencionadas e associadas à tradição têm a capacidade de contribuir negativamente para a prevenção do HIV e SIDA. As acções traduzem-se em campanhas a favor da igualdade de género, especialmente na negociação sexual; consciencia-

³ A tradição refere-se a dinâmicas diferentes dos valores ocidentais. Assim, a divisão de papéis masculinos e femininos na família, na ocupação dos espaços público e privado onde se percebe a mulher como submissa e o homem como dominador; o marido (chefe da família) como decisor da fertilidade e sexualidade da mulher são exemplos do que se considera tradição no referente ao parentesco e relações de género, sexualidade.

lização dos benefícios da bio-medicina e integração da medicina tradicional nas campanhas de prevenção e tratamento de HIV e SIDA, entre outros.

Por outro lado, verifica-se nas pesquisas e políticas de saúde pública, provenientes de doadores e parceiros internacionais, a identificação em práticas associadas ao universo da “tradição” factores que aumentam o nível de vulnerabilidade à HIV e SIDA, especificamente na região Austral de África. Assim, por exemplo, Morris e Kretzschmar (1997) argumentam, com base na sua pesquisa na região, que a existência de parceiros sexuais concorrentes ou simultâneos (*concurrent sexual partnerships*), uma herança das lógicas de poligamia comum nesta região de África, representa mais um factor da rápida expansão, pois traduz-se na sobreposição de parceiros ao longo do tempo. Segundo os autores, esta prática acoplada ao uso inconsistente, insuficiente e incorrecto do preservativo, e associado aos baixos níveis de circuncisão, constitui o motor da epidemia na região (Morris e Kretzschmar, 1997). Estas visões são materializadas em acções, financiamentos e actividades de prevenção e controlo do HIV e SIDA. Por exemplo, a insistência no modelo de prevenção ABC (*Abstinence, Be Faithful, and Condomise*) e o plano PEPFAR (um dos mais elevados orçamentos para a prevenção do HIV e SIDA na região) que prioriza AB, decorre de perspectivas semelhantes à apresentada, que me parecem forçar uma cosmologia de vida que não incorpora ou funciona em parceria com a actual existente.

Parte das dificuldades levantadas na ênfase dada à “tradição” na análise e implementação de políticas e actividades inclui uma excessiva carga negativa relegada ao *modus-vivendi* da população em causa. Uma das consequências é que, por melhor que sejam as intenções, estas intervenções tendem a criar desconfiança e descontentamento na população alvo, uma vez que esta sente que as suas crenças, os seus valores e as lógicas que definem o seu ser e um contexto social harmonioso estão a ser desrespeitados. Algumas falhas em programas desenvolvidos (tanto para o controlo de HIV e SIDA como em programas de desenvolvimento em geral) podem estar associadas a este tipo de visão e acção, o que corrobora com a perspectiva de Crewe e Harrison (1999) que identificam na fraca compreensão das realidades no terreno uma das maiores falhas e motivo de desperdício de fundos das iniciativas de desenvolvimento internacional.

Simultaneamente, nota-se que algumas perspectivas tendem a seguir um modelo analítico simplista e reducionista que elimina as complexas estruturas socioculturais e seus significados. Um exemplo paradigmático é a teorização das relações

múltiplas e concorrentes (*multiple and concurrent relationships* – MCP). As MCP foram identificadas como a causa primária dos elevados níveis de prevalência de HIV na região Austral de África (Morris e Kretzschmar, 1997). No entanto, a explicação do porquê desta prática ser frequente e o entendimento teórico da mesma no discurso dominante segue uma tendência de análise minimalista (por não colocar o indivíduo no contexto em que vive e os significados das suas práticas) e moralista. Centrado no ego, o conceito assume que

(...) os indivíduos agem por escolha e podem optar por ter relações sexuais com um parceiro único (fiel e monógamo) ou múltiplos parceiros (promíscuo), como pessoas informadas (sensíveis) ou sem informação (ignorantes) tomando decisões de risco (irresponsáveis) ou seguras (responsáveis) baseadas no prazer (irracional) ou no amor (racional) (Thornton, 2009: 2).

Esta leitura ignora a estrutura onde os indivíduos se inserem e desenvolvem as suas acções. Um entendimento holístico das redes sexuais numa escala social mais alargada, como o efectuado por Thornton (2009), permite perceber que, no contexto da África Austral, apesar da diversidade linguística e cultural existente, um dos motivos centrais para as ligações sexuais com múltiplos parceiros é o de

(...) ampliar o tamanho e diversidade das redes sexuais e sociais do indivíduo e, por consequência, aumentar o capital social ... que por conseguinte garante aos indivíduos maior e melhor acesso a bens económicos e sociais. [Assim], os indivíduos que se encontram nos pontos mais instáveis e com menos conexões na rede sexual são os mais activos na construção das suas redes sexuais (Thornton, 2009: 1).

Ao ignorar as determinantes estruturais acima descritas e concentrar-se exclusivamente numa análise centrada no actor/indivíduo, ofuscam-se aspectos cruciais das lógicas de interacção, parentesco, sociabilidade, capital social e económico vigente na cosmologia local. Tal leitura simplista pode entrar no equívoco de banalizar as práticas por desconhecer os significados e contornos alargados (acima elucidados por Thornton) em que estas se inserem. Podem advir de tais posicionamentos, atitudes condescendentes e de exotização da expressão da sexualidade em diversos espaços no continente africano que podem levar ao renascer de discursos coloniais e arrogantes de promiscuidade, irracionalidade sexual (Arnfred, 2004) e, como consequência, uma tentativa de sanitizar e, de forma ditatorial, alocar modelos exógenos às cosmologias vigentes.

Neste sentido, levanto algumas perguntas e desafios à maneira como a tradição é negativamente lida e analisada no contexto de planificação do controlo

de HIV e SIDA. O primeiro refere-se à lógica e estratégia usada: porquê forçar as lógicas locais à mudança de modo que incorpore modelos importados sem que esta internamente tenha mostrado interesse em seguir tal transformação?

Em segundo plano, onde colocámos aspectos positivos do universo da “tradição” no controlo de HIV e SIDA? E onde encaixar as dinâmicas da “modernidade” e a sua influência neste processo?

EM JEITO DE CONCLUSÃO...

A trajectória das políticas de HIV e SIDA é fortemente marcada pela influência de perspectivas e sugestão de modos de modelos de acção exógenos externos. Neste processo, as políticas e estratégias pecam pela ausência de um carácter criativo e inovador para responder às especificidades sócio-culturais dentro da diversidade em que Moçambique se constitui.

Em grande medida, o arcabouço de medidas políticas de gestão da epidemia apresenta etapas sucessivas caracterizadas por uma mescla complexa e multifacetada de propostas de estratégias colocadas à disposição do país tanto pelos pólos internacionais de produção e disseminação de informação e conhecimento sobre a SIDA, quanto pelos principais intérpretes e guardiões institucionais dos assuntos relativos à SIDA em Moçambique (Matsinhe, 2005). Verificam-se então falácias nas iniciativas de prevenção e gestão de HIV e SIDA caracterizadas pela importação de modelos que em alguns aspectos apresentam dificuldades em absorver as especificidades de cada contexto específico, tendo em conta as dinâmicas dos seus sistemas socioculturais.

É louvável o facto de que o mais recente plano PEN III (2010-2014) apresente linhas orientadoras que guiam para uma moçambicanização da resposta. A nível do documento escrito, o PEN III levanta visões inovadoras que prevêm entrelaçar de forma harmoniosa as políticas aos sistemas sócio-económicos e culturais das populações em causa. Este é um passo crucial e o desafio que se estabelece é o de garantir que, a nível prático, tais ambições se concretizem.

REFERÊNCIAS

- Amadiume, I., 1987. *Male Daughters, Female Husbands: Gender and sex in an African society*. London: Zed Books.
- Arnfred, S., 2004. Re-thinking sexualities in Africa: Introduction. In S. Arnfred, ed. *Re-thinking sexualities in Africa*. Sweden: Almqvist & Wiksell Tryckeri.
- Arnfred, S., 2007. Sex, Food and Female Power: Discussion of data material from Northern Mozambique. *Sexualities* 10 (2): pp. 141-158
- Banco Mundial., 1999. *Aumentar a Acção contra o VIH/SIDA em África: Respondendo a uma crise de desenvolvimento*. Washington DC: BIRD.
- Butler, J., 1993. *Bodies that Matter: On the discursive limits of sex*. New York: Routledge.
- CNCS (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA), 2004. *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2005-2009) – PEN II*. Maputo: CNCS.
- CNCS (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA), 2010. *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (2010-2014) – esboço PEN III*. Maputo: CNCS.
- Crewe, E. e Harrison, E., 1999. *Whose Development? An ethnography of Aid*. London: Zed Books.
- Geffray, C., 2000. *Nem pai, nem mãe: crítica do parentesco: o caso Macua*. Lisboa: Caminho.
- Governo de Moçambique, 2006. *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II)*. Maputo.
- Green, E., 1994. *AIDS and STDs in Africa: Bridging the gap between traditional healing and modern medicine*. Pietersmatszburg: Westview Press.
- Hawkesworth, M., 1997. Confounding Gender. *Signs* 22 (3): pp. 649-685.
- INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, UEM, 2008. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Actualização – Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007*. Maputo.
- INSIDA (Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatísticas). 2010. *INSIDA 2009 - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique: Relatório Final*. Maputo.
- Mann, J. e Kay, K., 1991. Confronting the pandemic: the World Health Organization's Global Programme on AIDS 1986-1989. *AIDS* 5 (suppl 2), pp. 221-229.
- Matsinhe, C., 2005. *Tábula Rasa: Dinâmicas da resposta moçambicana ao HIV/SIDA*. Maputo: Texto Editores.

- MISAU, 1988. *Programa Nacional de Combate a SIDA: Plano de 3 anos, 1988-1990*. Maputo: INDE.
- MISAU, 1992. *National AIDS Control Programme - Plano de Médio Termo 92/93*. Maputo: MISAU.
- Moore, H., 1994. The divisions within: Sex, gender and sexual difference. In H. Moore, ed. *Passion for Difference*. Cambridge: Polity Press.
- Moore, H., 1999. Whatever happens to women and men? Gender and the other crisis in Anthropology. In H. Moore, ed. *Anthropology Theory Today*. Cambridge: Polity Press.
- Morris, M. e M. Kretzschmar, 1997. Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS* 11 (5): pp. 681-683
- Nestle, J. Howell, C. e Wilchins R., 2002. *Gender Queer: Voices from beyond the sexual binary*. New York: Alyson Books.
- Oyewùmí, O., 1997. *The invention of women: Making an African sense of Western gender discourses*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Parker, R., 2000. *Na contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção e Política*. Rio de Janeiro: ABIA & Editora 34.
- Passador, L., 2009. Tradition, person, gender and STD/HIV/AIDS in southern Mozambique. *Cadernos de Saúde Pública* 25 (3): pp. 687-693.
- Santos, G., 2009. Aids, Política e Sexualidade: Reflectindo sobre as respostas governamentais à Aids na África do Sul e no Brasil. *Physis - Revista de Saúde Colectiva* 19 (2): pp. 283-300
- Thornton, R., 2009. Sexual networks and social capital: multiple and concurrent sexual partnerships as a rational response to unstable social networks. *African Journal of AIDS Research* 8 (4): pp. 1-9.
- Vance, C., 1999. Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment. In: P. Aggleton e Parker R., eds. *Culture, society and sexuality: A reader*. London: UCL Press.
- Villela, W. e Madden R., 2009. The gender approach in community AIDS projects in Mozambique: agreement and disagreement between government and civil society. *Cadernos de Saúde Pública* 25 (3): pp. 694-699.