

## POLÍTICAS DE SAÚDE, POLÍTICAS DA VIDA: UMA ANÁLISE SOBRE O HIV/AIDS NA IMAGÉTICA MOÇAMBICANA

ESMAEL ALVES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>

**Resumo:** Ao longo deste artigo busco refletir sobre os limites das ações de enfrentamento ao HIV/Aids em Moçambique, por meio de imagens e assim, evidenciar as contradições de um discurso que busca transmitir uma mensagem de “prevenção” por meio de uma política do controle e que se caracteriza por um discurso “catastrófico”. Para isso utilizo-me de algumas imagens e discursos buscando pensar as diferentes lógicas de sentido que tecem as tessituras narrativas e simbólicas em torno do HIV/Aids. Afinal, poderia situar os cartazes de prevenção utilizadas pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), como uma política sobre a vida? Quais os dilemas e contradições inerentes às ações de enfrentamento da epidemia? Que estratégias são utilizadas nesse “combate”? De que modo a epidemia é mostrada? Quais as compreensões hegemônicas que são reiteradas? Tais estratégias seriam eficazes? Como os diferentes sujeitos se posicionam nessa teia de significados?

**Palavras-chave:** Antropologia, Imagens, HIV/Aids, Moçambique

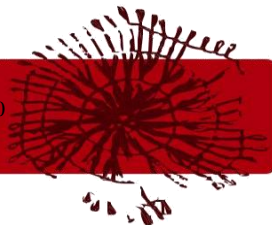
**Abstract:** Throughout this article I reflect on the limits of actions against HIV/AIDS in Mozambique, through images and thus highlight the contradictions of a discourse that seeks to convey a message of "prevention" through a policy of control and which is characterized by a speech "catastrophic". For this use me some images and speeches seeking think the different logics of meaning that weave the narrative and symbolic tessitura around HIV/AIDS. After all, would situate the prevention posters used by the Ministry of Health of Mozambique (MISAU) as a policy on life? What are the dilemmas and contradictions inherent to fight the epidemic actions? What strategies are used in this "war"? How the epidemic is shown? What hegemonic understandings that are repeated? Such strategies would be effective? How different subjects are positioned in this web of meanings?

**Keywords:** Anthropology, Images, HIV/AIDS, Mozambique

Conforme nos apontam diversos autores (Benjamin, 1987 [1940]; Barthes, 1964; Didi-Huberman, 2010) uma imagem possui sentidos que estão para além dela mesma. E mais do que isso, podem evocar sensibilidades – lampejos, “*punctuns*”, sobrevivências – que já não estão na ordem da objetividade daquilo que é mostrado, mas numa experiência subjetiva e intersubjetiva de construção de significação por parte do receptor. Nesse aspecto, uma imagem está envolta em um jogo complexo de sentidos e intencionalidades. Ao longo deste artigo busco refletir sobre os limites das ações de enfrentamento ao HIV/Aids em Moçambique, por meio de imagens e assim, evidenciar as contradições de um discurso que busca transmitir uma mensagem de “prevenção” por meio de uma política do controle e que se caracteriza por um discurso “catastrófico”. Para isso utilizo-me de algumas imagens e

---

<sup>1</sup>Doutor em Antropologia Social (PPGAS/UFSC). Professor Adjunto-1, em regime de dedicação exclusiva, do curso de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGAnt) da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (FCH/UFGD)



discursos buscando pensar as diferentes lógicas de sentido que tecem as tessituras narrativas e simbólicas em torno do HIV/Aids. Afinal, poderia situar as imagens de prevenção utilizadas pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), como uma política sobre a vida? Quais os dilemas e contradições inerentes às ações de enfrentamento da epidemia? Que estratégias são utilizadas nesse “combate”? De que modo a epidemia é mostrada? Quais as compreensões hegemônicas que são reiteradas? Tais estratégias seriam eficazes?

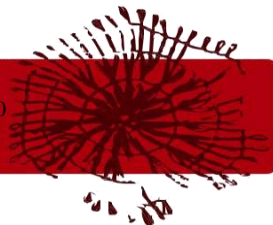
Com uma população de cerca de 24.400.000 milhões de pessoas (segundo o Censo de 2013), Moçambique está localizado na costa oriental da África Austral. Essa informação quantitativa nos ajuda a pensar o impacto da epidemia de HIV/Aids no contexto moçambicano. Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique - INE, sobre o último censo realizado no país em 2013, apontam para a importância de se pensar o impacto que a pandemia de Aids provoca naquele país. Se, conforme esses dados, o HIV/Aids afeta 14% da população, certamente não é uma questão a ser desconsiderada e desvinculada de aspectos sócio-político-culturais que ajudam a compor a conjuntura de Moçambique.<sup>2</sup>

Os dados fornecidos, em 2009, pela UNAIDS (programa das Nações Unidas sobre o HIV/Aids) confirmam, que os altos índices de infecção estão nos países subsaarianos, sobretudo quando comparados a outros países/regiões do mundo. Segundo o relatório, se houve uma queda com relação ao número de óbitos, possibilitada principalmente pelo uso de retrovirais, por outro lado há um crescimento no número de infectados. Estes dados estatísticos também revelam o drama de um grande número de crianças infectadas pelos genitores e de órfãos deixados pela Aids.

O HIV/Aids, enquanto problemática social, surge na década de 80, provocando um impacto nas sociedades ocidentais, principalmente no que tange ao desconhecimento médico sobre a doença, o que acarretou a construção de discursos e de práticas envoltos em preconceitos e discriminações. Diante de um otimismo científico inaugurado pela modernidade, a medicina da segunda metade do século XX seria confrontada com os limites de seu saber-poder. Em outras palavras, o aparecimento súbito de uma doença que em pouco tempo levava à morte suas “vítimas”, sem que nenhuma intervenção médica tivesse resultado/sucesso, era estarrecedora e, conseqüentemente, desestabilizadora para essa biopolítica (Sontag, 2007; Bastos, 2002).

---

<sup>2</sup> Embora dados da UNAIDS apontem para índices mais elevados em outros países da África Subsaariana (por exemplo, África do Sul 20%; Botswana 39%) há que se estabelecer comparação com outros contextos em que os índices de infecção se mantêm abaixo dos níveis encontrados no continente africano.



Assim, se num primeiro momento o HIV é compreendido como uma mutação do vírus da sífilis (diante da exigência da sociedade de uma resposta imediata por parte do conhecimento médico para a problemática emergente naquele momento), pesquisas intensas serão feitas para descobrir as “causas reais” da doença. Que doença é esta que ataca homens, brancos, de classe média e de orientação sexual homo? Ao mesmo tempo em que mostrava-se necessário uma resposta rápida para o enfrentamento ao novo “inimigo” desconhecido, criava-se também formas de controle também sobre os corpos, sobre as práticas. Nas palavras de Foucault, aos poucos ia se concretizando uma “política da vida”, ou seja, enquanto vida controlada e submetida ao biopoder e, nesse sentido, cada mais controlada e administrada (Foucault, 2007a; 2007b).

Já na década de 70, a autora americana Susan Sontag, escreve um pequeno livro intitulado *Doença como metáfora* ([1979] 2007) no qual discutia como a doença na história do ocidente esteve intimamente ligada à criação de metáforas. Ao longo da obra, a autora destacava o caráter fantasioso, falacioso, estereotipado (mas nem por isso ineficaz) dos imaginários sociais em torno das doenças. Tomando como foco de reflexão o modo como a tuberculose e o câncer foram sendo encarados ao longo do tempo, Sontag ressaltava que o mistério e o medo foram as condições indispensáveis para que algumas doenças pudessem ser “adjetivadas” (2007: 53). Desse modo, evita-se o contato, o “falar sobre”, criando-se, portanto, um “tabu”. Se num primeiro momento a tuberculose é temida, aos poucos passa a integrar-se dentro de todo um sistema de controle e o que antes era nebuloso e incompreensível passa a ser manipulável e explicável. É justamente esse movimento de incompreensão e desvelamento que Sontag afirma ser o dispositivo por excelência do saber médico ocidental. O certo é que, ao longo do tempo, o processo de compreensão social sobre as doenças e epidemias não permaneceu inabalável e inalterado. Do incognoscível, tenebroso, inelutável e, portanto, perigoso, passa-se para o conhecível, tratável e evitável. Em outros termos, o câncer (bem como outras doenças) recebeu posteriormente grande parte dos atributos que a tuberculose tinha quando também era desconhecida (2007: 36), e tal sortilégio logo iria recair também sobre o HIV/Aids e seus portadores. Neste último caso, como o caráter moral sobrepõe-se ao “factual”, está dado o espaço necessário para toda sorte de metáforizações. Aqui as metáforas são compreendidas como o mecanismo por excelência de significação do mundo social. Por meio de imagens, discursos, signos, símbolos, cada época, cada cultura, cada sociedade foi criando estratégias para significar suas experiências humanas, com seus dilemas, conflitos, condições e contradições. No sentido usado por Sontag (2007),



metáfora, seria, portanto, estes jogos de imagens, palavras e perspectivas moralizantes que servem para classificar socialmente a doença e que possuem eficácia simbólica.

Interessante destacar que, segundo a autora:

A ideia de que uma doença pode ser explicada apenas por uma variedade de causas é exatamente a característica da reflexão acerca de doenças cuja causa não é compreendida. E as doenças tidas como determinadas por múltiplas causas (ou seja, misteriosas) são aquelas com mais possibilidades de uso como metáforas para o que é visto como moral e socialmente errado (Sontag, 2007: 55-56).

É assim que podemos pensar, a partir de Sontag, sobre os mecanismos sociais de controle que tentam emoldurar as condutas e os acontecimentos sociais em taxonomias classificatórias que pouco ou quase nada revelam sobre as problemáticas analisadas, mas que servem apenas para justificar um lugar de subalternidade e estigmatização dos sujeitos. Nesse sentido, as metáforas se constituem como mecanismos eficazes de produção de sentidos e, assim, servindo como processos ordenamento do mundo social (Douglas, 1991).

Com relação ao HIV/Aids, foi exatamente isto que ocorreu. Nos primórdios de sua manifestação nos EUA e na Europa, logo após as primeiras pesquisas (nos EUA e França), associou-se imediatamente a doença como relativa a “grupos de risco”: primeiramente os homossexuais (vale lembrar que no início o HIV/Aids será pejorativamente chamado de “peste gay”), logo depois as prostitutas e os usuários de drogas injetáveis. Tal associação liga-se diretamente a estes aspectos moralizantes/juízos de valor acerca da relação entre doença e comportamento sexual (Pollak, 1990).

Em outra obra, publicada em 1989, *AIDS como metáfora*, Susan Sontag, continua a pensar a relação entre doença e metáfora, desta vez trazendo para o palco de reflexões a Aids. Nesta segunda publicação, Sontag retoma a noção de metáfora, mas agora relacionando diretamente com a questão da Aids. Sua análise, então, consiste em pensar os modos pelos quais algumas metáforas foram se constituindo e, ao mesmo tempo, criando toda uma significação acerca da doença (2007: 84). Assim, a Aids oscila entre muitas metaforizações de variada natureza: bélica (“combate”, “guerra”, “inimigo”, “vítima”, “invasão”), calamitosa (peste) etc. Conforme Sontag, “A genealogia metafórica da Aids é dupla: uma invasão e uma poluição” (2007: 90). Metaforização essa, que pode ser entendida como uma mecânica que busca enquadrar e manipular arbitrariamente as tensões e contradições do mundo social criando políticas de controle sobre o corpo e sobre a vida dos sujeitos.



Na tradição antropológica, a análise dos mecanismos sociais de classificação, são percebidos como sistemas de ordenamento do mundo. É assim que – anterior à Sontag -, em seu clássico trabalho *Pureza e Perigo* (1991), Mary Douglas se propõe pensar as antinomias pureza/impureza, limpeza/sujeira, contágio/purificação, ordem/desordem como analogias que expressam visões de mundo e, portanto, a própria ordem social. Segundo a autora, se a impureza é culturalmente compreendida enquanto desordem, a busca pela sua eliminação deveria ser encarada como uma tentativa de organização, ordenamento do mundo social. Assim, como faces de uma mesma moeda, as noções de pureza e impureza seriam responsáveis por dar sentido e unidade à nossa experiência humana ao mesmo tempo que serviriam como elemento fundante das relações sociais.

É interessante notar que, nesse processo de adjetivação da doença, o “Outro” (o estrangeiro/o de fora) é sempre onde está localizado o perigo, o contágio, a zona de interdição. Assim, criam-se os estereótipos, as discriminações, as segregações. Inicialmente associada aos homossexuais, posteriormente localizada como uma doença de determinados grupos étnicos (p. ex. africanos, haitianos), a Aids foi encarada como um fenômeno exterior (precisamente um inimigo) que precisava ser “combatido”, “eliminado”, “controlado”. O que as considerações de Susan Sontag e Mary Douglas nos ajudam a pensar? Conforme as palavras da própria autora: “Eu estava convencida de que as metáforas e os mitos podiam matar” (2007, p.88). Se tais processos de metaforização, classificação, têm implicações sociais, poderíamos indagar sobre sua relevância enquanto objeto de reflexão antropológica. Nesse sentido, caberia investigarmos como e de que modo operam e quais os mecanismos responsáveis por sua produção e reprodução. Assim sendo, como não pensar no modo como o HIV/Aids tem sido narrado, construído e significado por meio da linguagem imagética? E como isso se verifica em Moçambique?

Cristiana Bastos (2002) também se debruça sobre questões relacionadas à Aids. É assim que apresenta um panorama sobre o fenômeno da Aids em nível global. Para a autora, a Aids representa uma “experiência transnacional” (2002: 1). Bastos mostra o modo como o advento do HIV/Aids desestabilizou o saber médico ocidental num momento em que se vivia um estado de confiança pleno no conhecimento científico. Desde seus primeiros casos, envolvendo homossexuais masculinos brancos e de classe média alta, passando sobre as pesquisas especulativas iniciais até a detecção e classificação da “síndrome da imunodeficiência adquirida” (Aids), estiveram em cena diversos saberes, poderes, imagens e imaginários, todos ajudando a construir o grande mosaico de significação do HIV/Aids.



A ideia de Bastos de que a Aids é um “fenômeno multilocal” nos permite pensar toda a trama envolvida no modo como a epidemia é agenciada em diferentes contextos e, ao mesmo tempo, observar sua interconexão com situações mais amplas. Isso para nós é de fundamental importância, visto que possibilita uma reflexão sobre os dispositivos de controle sobre saúde/doença, conforme é operada pelo conhecimento médico. Mas também é necessário pensarmos outros discursos e lógicas envolvidos nesse campo de batalha. Assim, certamente há que se considerar as várias as lógicas culturais para lidar com a “doença”/epidemia. Nesse sentido, a autora, ao analisar o caso americano e o caso brasileiro, contrapõe modos de agenciamentos que, embora voltados para o mesmo fenômeno, adquirem maneiras formas particulares de articulação e ação. Bastos abre inclusive a possibilidade de discutir modos não hegemônicos, embora também ocidentais, de diagnóstico e tratamento da “doença”. Cita como exemplo o caso brasileiro que, por questões tecnológicas e financeiras, permanece de certa forma à margem do que se produz no “primeiro mundo” e, ainda assim, consegue dar respostas válidas e eficazes para a problemática em questão.

Mas global não equivale a homogêneo; atravessando as categorias de classe, raça, nação, gênero e idade, afetando a todos, a SIDA fez também realçar os contrastes e contradições da sociedade contemporânea. Temos assim que, por um lado, ao aproximar desenvolvidos e subdesenvolvidos, centros e periferias, primeiro e terceiro mundos, unificando o globo num problema de saúde comum, a SIDA subverteu a clivagem binária do sistema de saúde mundial; por outro, teve como efeito intensificar as diferenças de classe, gênero, orientação sexual, raça e nacionalidade previamente existentes. Unindo e diferenciando a um tempo, a epidemia espelha o mundo contemporâneo e reverbera através das suas estruturas, não se reduzindo a um retrato único nem a uma narrativa consolidada, mas antes a diversas narrativas desdobradas em suportes múltiplos (Bastos, 2002: 21).

Essas reflexões de Bastos podem ser um dos pontos de partida para analisar as imagens produzidas em Moçambique na política de enfrentamento ao HIV/Aids no país, como um ilustrativo desse processo de descentramento dos modos de operação da pandemia e, ao mesmo tempo, como um instrumento narrativo alternativo de agenciamento do fenômeno HIV/Aids, que serve para repensarmos as dicotomias unilaterais estabelecidas pelos paradigmas até então existentes (central/periférico, moderno/tradicional, eficaz/ineficaz, etc.) esse modo, cabe perguntar: o que dizem os próprios moçambicanos acerca do HIV/Aids? Que imagens discursivas se construíram em torno da epidemia? Quais as lógicas de significação ali presentes?

Com relação a Moçambique, alguns autores ajudam a pensar a doença no contexto local (Matsinhe, 2005; Passador & Thomaz, 2005-2006; Gune, 2008; Passador, 2009; 2010; 2011).



Em sua tese de doutorado, Cristiano Matsinhe (2005) apresenta a trajetória da doença em Moçambique desde seu surgimento (ainda na década de 80) até os atuais dilemas que têm caracterizado a epidemia no contexto moçambicano contemporâneo. Envolto num momento político tumultuado em que se confrontavam duas facções políticas no país recém-independente (Frelimo & Renamo)<sup>3</sup>, o primeiro caso de HIV/Aids (1986, em Pemba) foi, segundo Matsinhe, tratado com descaso. Não sendo, inicialmente, uma doença cujo enfrentamento fosse prioritário pelas políticas oficiais em decorrência dos tensionamentos políticos (Matsinhe, 2005: 43-44). O que chama a atenção na tese de Matsinhe são as situações que cercam o fenômeno do HIV/Aids, para além das políticas oficiais de enfrentamento e que com elas se “chocam”. Ao longo de sua tese, o autor destaca que há uma separação e um distanciamento entre as políticas de saúde e o universo cosmológico da população; as questões de gênero que perpassam a representação da doença; bem como, os dilemas em torno da resistência ao uso do preservativo como mecanismo de proteção contra a contaminação (Matsinhe, 2005: 153).

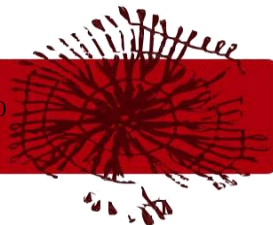
Esses conflitos, presentes no modo como diferentes perspectivas são confrontadas com relação ao HIV/Aids em Moçambique, também são reiterados por Passador (2009, 2010, 2011) que apresenta, como uma das centralidades do “confronto” entre saber médico e o saber popular, o dilema entre a “modernidade” e a “tradição”.<sup>4</sup> Segundo Passador (2009), a partir de um estudo de caso no sul de Moçambique, a própria noção de pessoa, conforme a compreensão nativa, em muito destoa do modo como corpo/saúde/doença são abordados pelas políticas oficiais de saúde.

Durante minha estada em Maputo, aos poucos fui percebendo esse universo complexo das políticas de enfrentamento da epidemia (Oliveira, 2014). Comerciais na TV, jornais, *outdoors*, *banners*, cartazes etc., eram imagens que apontavam permanentemente para uma problemática que, aparentemente, as pessoas no cotidiano preferiam não falar. Eu percebia aquela situação como um assunto indigesto, sobretudo, quando dialogava com as pessoas e observava que falar sobre o HIV/Aids soava quase como um assunto de “mau gosto”. Se de um lado a resistência fosse perceptível, por outro lado as imagens permanentemente pareciam tocar em um problema “tabu”. Mas o que haveria por trás desta aparente reserva? Como

---

<sup>3</sup> Frente de Libertação Moçambicana (FRELIMO) e Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO).

<sup>4</sup> É importante ressaltar as clivagens “tradição” vs “modernidade” são aqui empregadas apenas como categorias analíticas. Sem ignorar as discussões em torno dos limites teóricos e empíricos dessas categorias, opto por sua utilização apenas pela recorrência nos discursos dos interlocutores da pesquisa e pela sua presença nos principais trabalhos existentes sobre Moçambique (Fry, 2000, Matsinhe, 2005, Passador, 2011). Para uma releitura do conceito de tradição, cf. Balandier, 1997.



pensar a dificuldade dos sujeitos em falar sobre o tema – perceptível principalmente pela reserva ou pelo desconforto dos interlocutores em tratar do assunto – ao mesmo tempo em que pululavam nas ruas da capital, nas repartições públicas e nos programas de TV tantas discursividades relativas ao HIV/Aids principalmente voltadas à importância do sexo “seguro”?

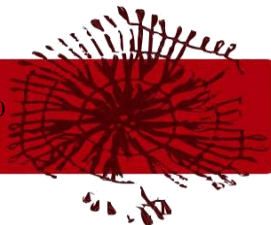
Nesse sentido, algumas imagens são paradigmáticas:



Figura 1: Cartaz de prevenção do MISAU

Nas imagens dos cartazes, dentre elas, a do cartaz acima, é perceptível uma linguagem voltada, sobretudo, para o público jovem – embora a ele não esteja restrito – que busca tratar da problemática de uma forma “natural”. Nota-se que há toda uma linguagem que adota um estilo coloquial, buscando alcançar um amplo e variado público, que possa apreender o que está sendo comunicado. Há aqui todo um desenvolvimento de um dispositivo, que busca regular as práticas dos sujeitos e, para isso, faz-se necessária a utilização de uma mecânica semântico-visual que possibilite uma comunicação eficaz (Foucault, 2007a). Foucault, ao tratar dos dispositivos que se voltam para o controle da sexualidade, nos ajuda a pensar sobre as mecânicas sociais de disciplinamento dos corpos, sexualidades, desejos e ao mesmo tempo de produção de sentidos e de discursividade. Tratar-se-ia, na perspectiva do autor, de uma “biopolítica”, ou seja, políticas sobre a vida dos sujeitos sociais (Foucault, 2007b). Como não pensar essas estratégias de combate ao HIV/Aids no contexto moçambicano como inseridas nessa mecânica de poder? Um poder que controla, mas que também produz. Afinal de contas, considerando o caráter institucional das campanhas de combate ao HIV, problematizo interpelado pelas reflexões de Foucault, tanto o papel normativo/regulador das instituições em





relação às práticas consideradas de “risco”, como também sua mecânica de construção de discursos de “conscientização” e “cuidado”. Nesse contexto, não podemos ignorar que estas instituições (governamentais e não governamentais) possuem uma função de policiamento, controle, normatização, e ainda, de produção de sentidos tudo baseado em estratégias de saber e de poder. Nas palavras do autor:

A partir do século XVIII, o sexo das crianças e adolescentes passou a ser um importante foco em torno do qual se dispuseram inúmeros dispositivos institucionais e estratégias discursivas. É possível que se tenha escamoteado, aos próprios adultos e crianças, uma certa maneira de falar do sexo, desqualificada como sendo direta, crua, grosseira. Mas, isso não passou da contrapartida e, talvez, da condição para funcionarem outros discursos, múltiplos, entrecruzados, sutilmente hierarquizados e todos estreitamente articulados em torno de um feixe de relações de poder (Foucault, 2007a: 32).

Trata-se de uma comunicação que está inserida numa “pedagogia da sutileza”. Observe-se que o assunto não é tratado diretamente, mas funciona numa dimensão evocativa. Antes de se restringir a uma política de enfrentamento do HIV/Aids, trata-se de uma política de “cuidado integral” e, ao mesmo tempo, tabu. Podemos verificar no cartaz que o HIV/Aids aparece quase como uma nota de rodapé – com destaque para o símbolo que remete à causa - , ao mesmo tempo, em que há a prevalência de sentidos conotativos: “coisarmos/coiso”.

Por outro lado, há que se pensar não apenas numa linguagem “ampla” como também num público diversificado, alcançando, assim, homens e mulheres.



Figura 2: Cartaz de prevenção do MISAU

As preocupações não são diretas. A mensagem de proteção contra o HIV/Aids fica subentendida. No cartaz acima, verifica-se que, embora apareça a sigla HIV/SIDA abaixo da mensagem principal, a problemática central que está sendo tratada não é sobre a doença, mas



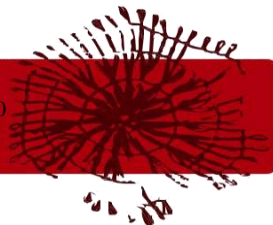
com relação a um possível conforto/desconforto no que diz respeito ao uso do preservativo. Ambas as imagens são bastante elucidativas daquilo que encontrei em Maputo quanto buscava tratar, ainda que informalmente, da questão do HIV/Aids: um assunto socialmente posto, mas ao mesmo tempo indigesto para a população e que levou-me a pensar se a causa desse “receio” não seria reflexo de um pânico disseminado ou mesmo a lógica cultural própria de tratar algo desconhecido, temido e que exigia uma compreensão e uma tomada de posição externa à cultura local. Seguindo as pistas de Foucault, podemos pensar numa política dos corpos em que os sujeitos não apenas são “orientados” sobre suas práticas sexuais, mas “convidados” a falar sobre elas. Observemos que em ambos os cartazes é possível identificar um número de telefone que se coloca à disposição dos sujeitos, para tirar dúvidas e dar esclarecimentos. E para “atrair” o público alvo da campanha, constrói-se um discurso de confidencialidade e filantropia: “é confidencial e não se paga”.

[...] de um extremo a outro o sexo se tornou, de todo modo, algo que se deve dizer, e dizer exaustivamente, segundo dispositivos discursivos diversos, mas todos constrangedores, cada à sua maneira. Confidência sutil, ou interrogatório autoritário, o sexo, refinado ou rústico, deve ser dito (Foucault, 2007a: 38-39).

Diferentes autores têm se debruçado a pensar esta postura de “evitação” com relação ao HIV/Aids entre a população moçambicana. Matsinhe (2005), Gune (2008, 2001) e Passador (2010, 2011) chamam a atenção para os vários aspectos socioculturais inerentes a esta discussão, que não podem ser desconsiderados em qualquer análise antropológica: especificidades culturais, questões de gênero, religião, classe social etc. Compreendo, portanto, que os melindres relativos às linguagens utilizadas nos cartazes das campanhas de enfrentamento precisam ser compreendidos dentro desta dinâmica e deste contexto. Afinal, não estaria em jogo uma política de “prevenção” incapaz de efetivamente falar a língua do interlocutor e/ou de fornecer atenção adequada?

## **PERSPECTIVAS EM CONFRONTO**

Em Maputo, tive a oportunidade de realizar conversas informais com acadêmicos da Universidade Eduardo Mondlane, para esse acesso foi fundamental minha participação em um seminário em que falei aos estudantes da Universidade sobre minha pesquisa. A partir daquele momento, houve muito interesse por parte dos estudantes em estabelecer um diálogo. Geralmente, as conversas eram realizadas sempre no espaço de socialização dos acadêmicos – uma área aberta, com mesas e assentos de concreto e cercada por árvores frondosas. Ali os



diálogos sempre iniciavam-se por meio de temas corriqueiros, em que os estudantes perguntavam sobre minhas impressões sobre a cidade, sobre o andamento da pesquisa e sobre minha possível intenção de voltar ao país. Aos poucos, às vezes após longos diálogos, eu procurava entrar no tema da minha pesquisa, ao mesmo tempo em que deixava claro a importância do ponto de vista deles, para minha compreensão sobre o tema para além do que havia lido no Brasil. Por se tratar de conversas informais, optei por não realizar a gravação, a fim de que não os colaboradores não se sentissem intimidados e/ou constrangidos, afinal se tratava de um tema delicado e que envolvia de algum modo a intimidade das pessoas. O fato de estar em um ambiente universitário e me apresentar como pesquisador, talvez tenha facilitado as conversas, contudo, as respostas que obtive, de modo geral, demonstraram claramente que há um abismo entre as políticas oficiais de combate ao HIV/Aids e os discursos e práticas dos sujeitos.

Como dito anteriormente, os dados apontados nas conversas corroboram com pesquisas realizadas por outros autores, no que tange aos aspectos socioculturais que permeiam a percepção do HIV/Aids e que chamam a atenção para os dilemas da “eficácia” das políticas de informação junto à população moçambicana (Matsinhe, 2005; Gune, 2008, 2001; Passador, 2011).

Nas conversas, pude perceber uma reação que revelava a dificuldade, por parte dos interlocutores, em lidar com o problema. Dificuldade essa que poderia ser associada, principalmente, à desconfiança com relação à eficácia do preservativo, à valorização das relações de confiança em detrimento de uma conduta de prevenção, e atenção a aspectos socioculturais que extrapolam as políticas públicas de saúde/prevenção ou que a elas não se restringem. Ao perguntar aos estudantes como percebiam as iniciativas do governo e das ONGs em relação ao HIV geralmente as respostas giravam em torno de que o problema era bem menor do que se tentava reiterar. E que haviam outros problemas proeminentes na sociedade moçambicana, como as desigualdades sociais, e que pouca ou nenhuma atenção recebiam por parte do Estado e dos organismos internacionais. Talvez minha condição de estrangeiro pode ter facilitado os diálogos, na medida em que a indagação sobre o HIV/Aids estava colocada de minha parte, muito mais como a curiosidade de “alguém de fora” do que uma pretensão acadêmico-investigativa. Essa condição de pesquisador pode ter facilitado a interação e possibilitado o estabelecimento de uma relação de abertura e reciprocidade, pois quase sempre havia uma pergunta de como se colocavam esses problemas também no Brasil.



Seguindo a pista hermenêutica de Geertz, a partir da “briga de galos” (1989), estava preocupado em saber quem as pessoas acham que são, o que elas fazem e por que razões elas creem que fazem o que fazem. Nesse sentido, se entendemos a cultura como um sistema integrado de símbolos públicos que os indivíduos possuem e manipulam a partir de suas contingências contextuais e relacionais, minha busca por tentar apreender a dinâmica entre as políticas oficiais de saúde e as práticas individuais dos sujeitos mostrava-se relevante. Os relatos a seguir são imagens que revelam, relatam e anunciam como são criadas e mantidas as metáforas do HIV/Aids, a partir dos próprios moçambicanos.

*José,<sup>5</sup> 24 anos, solteiro.*

Não sei como está esta coisa no Brasil, mas aqui em Moçambique as pessoas não gostam de falar sobre a SIDA<sup>6</sup>. Isso fala da intimidade das pessoas. Eu particularmente não gosto de falar a respeito. O MISAU [Ministério da Saúde] investe em muitas campanhas. Mas não dá certo, porque uma coisa é o que as pessoas dizem, outra, o que elas fazem. Os rapazes na hora de irem pra cama não vão se preocupar com preservativos. Na minha opinião, tem que ter confiança, e isso basta. Se eu saio com frequência com uma menina e ela se nega a transar comigo, se eu não uso o preservativo, desconfio logo dela. Acho que a mulher tem que confiar no seu parceiro. Se não há confiança, não há relação.<sup>7</sup>

*Ana, 25, namora.*

Falar sobre a SIDA é complicado. Aqui em Moçambique parece que tem um tabu com relação a isso. Não sei como é no Brasil, mas aqui é assim. Hoje a gente não sabe quem tem SIDA ou não. Ao mesmo tempo, nós não nos preocupamos muito com isso. Acho que os de fora se preocupam mais do que a gente. Eu frequento uma Igreja e o nosso pastor diz que devemos fazer sexo só depois do casamento e que quando casarmos, devemos confiar nos nossos esposos. Eu acredito nisso. Acho que a SIDA tem a ver com pecado. Quando o pastor fala sobre essas coisas, ele diz que é coisa do diabo. Se você tem um único parceiro você não pega SIDA, mas se você fica sempre mudando de parceiros, aí você pega a SIDA. Tenho um namorado, estamos juntos há três anos e eu confio nele e ele em mim.

*Pedro, 29, casado.*

Eu ouço muito falar sobre a SIDA e acho que às vezes há um exagero. Eu e minha mulher somos religiosos, somos mutuamente fiéis e por isso não precisamos usar o preservativo. Tive várias parceiras antes de casar. Usei preservativo algumas vezes com algumas delas nunca tive problemas. Nunca fiquei doente e hoje costumo ter relações com minha esposa, sem me preocupar com o preservativo. Preservativo separa o casal e não é natural, entende? Não é uma coisa que vem de Deus. Como vai ter prazer, usando preservativo? É como comer uma fruta com casca.

<sup>5</sup> Em se tratando de um tema delicado e envolvendo questões de âmbito íntimo/pessoal dos colaboradores, optei por nomeá-los com nomes fictícios visando preservar suas identidades.

<sup>6</sup> No contexto moçambicano, por adotar-se a tradução portuguesa de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, utiliza-se a sigla SIDA e não AIDS.

<sup>7</sup> Para fins de compreensão do/a leitor/a, optei por transcrever as falas dos/as interlocutores/as conforme as regras da língua portuguesa vigente no Brasil (tempos verbais, substantivos, adjetivos, etc). Tal organização não altera o sentido das falas nem ignora o contexto de sua produção.



*Teresa, 22 anos, solteira.*

Minha família é bem tradicional. Não costumamos falar sobre sexo em casa. Mas as campanhas sobre a SIDA estão sempre na TV. É bem comum a gente ver na televisão filmes e propagandas sobre isso. Acho que mesmo quando não se fala se pode saber. Eu acho que podemos evitar a SIDA, tendo um parceiro fixo. Eu sou solteira e quero um companheiro pra casar. Se você é fiel, não pega a SIDA. Aqui, fala-se muito em preservativo, acho que você já viu nas propagandas. Mas não sei se é seguro. Algumas pessoas dizem que os preservativos têm pequenos furos, que a gente não percebe e por ali é que passa o vírus. Eu fico insegura de usar o preservativo. Prefiro um parceiro único em que eu possa confiar.

*Carlos, 26 anos, noivo.*

Acho complicado falar de SIDA. Acho que é algo íntimo. A gente fica confuso, com tantas informações desencontradas. Tem a TV que fala, têm os médicos, tem as igrejas, os curandeiros... Dizem que uma forma segura de evitar é usar o preservativo. O pessoal diz: usa e não terá problemas! Eu não acredito muito. Acho que tudo passa pela confiança. Se minha futura mulher pedir pra eu usar preservativo, vou desconfiar dela. Não estará a me trair com outro? E também eu já tentei usar com umas meninas, mas me incomodou bastante. Eu particularmente prefiro não usar. Tem uns amigos meus, que falam que pegaram uma alergia, outros que até já brocharam. Eu não confio nesse negócio. Eu quero ter muitos filhos e isso é importante para os meus pais, como vou ter filhos se uso isso? Acho que a SIDA, é mais propaganda dessas empresas multinacionais de medicamentos, que se aproveitam para lucrar.

*Maria, 20 anos, solteira.*

Falar sobre a SIDA ou sobre as DSTs é falar sobre cuidado, confiança. Quando há confiança não tens com que te preocupar – a não ser engravidar, é claro. Já tive algumas relações com preservativo e outras sem preservativo. Quando aparece alguém que a gente acha interessante e passa confiança, não há a preocupação com o preservativo. Minha única preocupação é evitar uma gravidez indesejada, mas isso não é problema. Basta tomar a pílula do dia seguinte e tudo fica tranquilo.

A partir de Geertz (1989), somos provocados a pensar as entrelinhas desses diferentes discursos, buscando apreender assim os modos de significação que os sujeitos criam sobre si mesmos e sobre o mundo social, que os cerca. Nesse sentido, caberia perguntarmo-nos sobre as estratégias de significação e dramatização dos moçambicanos acerca dos complexos que envolvem a epidemia de HIV/Aids em seu país.

Assim, as questões evocadas pelos interlocutores apontam para a complexidade das práticas consideradas “de risco”, pois afinal quais as noções de risco presentes nesse campo discursivo em que tencionam diferentes atores e instituições? A noção de risco engendrada pelo discurso das políticas de saúde, seriam compreendidas do mesmo modo pelos diferentes sujeitos? Quais as lógicas presentes? Ao longo das conversas, é possível localizar uma série de argumentos comuns, que têm como base elementos, que nem sempre dialogam com o que as políticas oficiais de saúde consideram como “saudáveis”, “seguras”, “corretas” etc. Esta



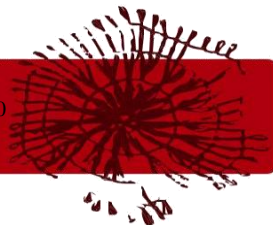
investigação apresenta muitos aspectos já apontados por Gune (2008) em sua pesquisa sobre a utilização de preservativos no contexto moçambicano. Conforme o autor,

mesmo, quando o preservativo é usado para prevenção de infecções, são as dinâmicas sociais, que definem esse uso, gerando uma contradição entre essas lógicas sociais e a necessidade de uma prevenção, que se baseie na objectividade do conceito de risco de infecção proposto pelos quadros epidemiológicos (2008: 310).

Há que se atentar, portanto, para um aspecto fundamental no que diz respeito às práticas dos sujeitos, que são alvo das campanhas de saúde/prevenção: seu agenciamento. Conforme Serry Ortner (2006), a agência tanto pode ser pensada como uma ação motivada e intencional, como também a capacidade de projetar, desejar e atuar criativamente (Ortner, 2006: 136). Nesse sentido é que chamamos a atenção para os diferentes planos de atuação de sujeitos e instituições em torno da epidemia do HIV/Aids e que revelam diferentes estratégias de apreensão do mundo social. No texto *Poder e Projetos: reflexões sobre a agência* (2007), Ortner chama a atenção para transformação dos sentidos nas relações sociais. Para a autora, os sentidos seriam mobilizados pelos sujeitos de acordo com suas demandas sociais, mas também com as conjunturas possíveis. Sem perder de vista os aspectos estruturantes da sociedade, Ortner destaca que os sujeitos podem criar, em determinados contextos e circunstâncias, formas particulares de resistência ou de dominação, haja vista que as relações sociais são baseadas em relações de poder. Assim entram em cena o que a autora chama de “jogos sérios”.

As interpretações da vida social por meio de jogos sérios não envolvem a modelagem formal da teoria dos jogos e não envolvem o seu pressuposto de que prevalece uma espécie de racionalidade universal em praticamente todos os tipos de comportamento social. Ao contrário, os “jogos sérios” são, bem enfaticamente, formações culturais, não modelo de analista. Além disso, a perspectiva dos jogos sérios pressupõe atores culturalmente variáveis (e não universais) e subjetivamente complexos (e não predominantemente racionalistas e interessados em si mesmos) (Ortner, 2007: 46).

Ao analisarmos os argumentos dos interlocutores citados anteriormente, podemos verificar uma série de elementos que corroboram com estes “jogos”, aos quais Ortner se refere. Há nos depoimentos aspectos que evocam projetos de resistência perante um modo ocidental de viver com “segurança”, com “proteção”, com hábitos “saudáveis” e que apontam para outros sentidos de “risco” e de “perigo”, que não aqueles convencionados pelas instituições de saúde. Como sujeitos ativos numa relação intrínseca de poder, percebe-se a utilização de algumas estratégias, nem sempre conscientes, de se colocar diante do “poder” do



“outro” – seja ele institucional ou não. Em outras palavras, envolvem intencionalidades e posicionamentos múltiplos. Nesse cenário, risco e segurança não são categorias absolutas, mas relacionais e contextuais.

Das pessoas com quem dialoguei e cujos diálogos pontuei anteriormente, percebem-se alguns traços comuns e aspectos que se impõem de modo recorrente. Apresentando variações de gênero, idade e estado civil - pois estava preocupado em conversar com estudantes de uma faixa etária variada, que me possibilitasse estabelecer algumas comparações no que tange às perspectivas em torno da problemática do HIV/Aids – também manifestaram especificidades no modo como compreendiam a doença e se posicionavam diante dela. Quais as aproximações e os distanciamentos presentes na noção de “risco” acionadas pelos diferentes sujeitos? À medida que ia conversando com os interlocutores, fui percebendo que, para além das diferenças de idade e de gênero, havia alguma proximidade no seu modo de se situar frente ao HIV/Aids.

Dos seis colaboradores, três se definiram como solteiros/as (José, Teresa e Maria) e três se apresentaram como em estado de comprometimento – namoro, noivado ou casamento – (Ana, Pedro e Carlos). Observamos que a faixa etária do grupo dos solteiros não apresenta grande diferenciação: 20 (Maria), 22 (Teresa) e 24 (José). Já no grupo dos “comprometidos”, a diferença de idade foi maior se comparada aos solteiros: 25 (Ana), 26 (Carlos) e 29 (Pedro). Apesar das diferenças tanto etárias quanto civis, elas acabavam sendo relativizadas por outros marcadores sociais de diferença, como as relações de gênero. Como homens e mulheres, independentemente do recorte etário, lidavam com a noção de risco e cuidado? Em que medida os papéis de gênero também criavam outras clivagens de significação?

Alguns elementos chamam a atenção, se levarmos em conta tal questão. Nesse sentido, tanto mulheres quanto homens em vários momentos, apresentaram uma percepção que, segundo os estudos de gênero, poderia ser compreendida como heteronormativa. Contudo, antes de reiterar um discurso polarizado, há que pensar a dimensão relacional entre os imaginários e universos masculino e feminino (Strathern, 2006) em que homens e mulheres a partir de uma certa complementaridade – ainda que essa relação não seja isenta de assimetrias. Nos discursos dos homens isso se revelava no momento em que externalizavam suas expectativas em relação à fidelidade de suas possíveis parceiras sexuais e à honra das mesmas (p. ex. de que não fossem mal faladas). Por outro lado, as mulheres vendo no casamento, dentre outras coisas, uma estratégia importante para evitar possíveis situações de risco - acreditando na fidelidade de seus parceiros. Percebe-se, portanto, a inter-relação entre os sujeitos e suas



visões de mundo em que cuidado e risco andariam de mãos dadas com práticas sexuais baseadas na fidelidade e na responsabilidade do cônjuge. Nessa relação homens e mulheres construindo suas noções de saúde e cuidado a partir dos papéis de gênero socialmente estabelecidos vão tecendo as tessituras de significado em torno do HIV/Aids.

Com relação ao modo como encaravam o tema pude perceber, por parte de alguns, uma tentativa inicial de pensar a questão de modo genérico (com o foco das críticas nas políticas oficiais de saúde), sem fazer menção às suas próprias práticas e ao seu estilo de vida, expressando assim certo desconforto ao serem indagados sobre a problemática. Os argumentos evocavam se tratar de uma questão “delicada”, de foro “íntimo”, enfim, um “tabu”:

*Aqui em Moçambique as pessoas não gostam de falar sobre a SIDA. Isso fala da intimidade das pessoas. Eu particularmente não gosto de falar a respeito. (José, 24 anos).*

*Falar sobre a SIDA é complicado. Aqui é Moçambique parece que tem um tabu com relação a isso. (Ana, 25 anos).*

*Minha família é bem tradicional. Não costumamos falar sobre sexo em casa. (Teresa, 22 anos).*

*Acho complicado falar de SIDA. Acho que é algo íntimo. (Carlos, 26 anos).*

Por outro lado, a resistência inicial não impossibilitou que nossa conversa fluísse. Pelo contrário, há que se notar uma ambiguidade entre um “eu não gostaria de falar sobre isso” e ao mesmo tempo falar sutilmente ou até claramente de questões “delicadas” e “íntimas”. Outro aspecto a ser considerado é com relação ao fato de se assumir ou não a vivência de práticas consideradas de risco e encarar isso de forma não problemática. Nessas conversas encontrei tanto pessoas que se esquivavam, falando que não faziam “práticas de risco”, mas que conheciam alguém (amigos, parentes etc.) que já haviam feito, quanto aquelas que assumiam esta experiência. Em muitos diálogos predominava um tom pessoal e intimista, ainda que algumas vezes as situações narradas tivessem uma conotação hipotética ou ficasse subentendido. De qualquer modo, o “eu” em primeira pessoa foi um aspecto recorrente:

*Se eu saio com frequência com uma menina e ela se nega a transar comigo se eu não uso o preservativo, desconfio logo dela. (José).*

*Tenho um namorado, estamos juntos há três anos e eu confio nele e ele em mim (Ana).*





*Eu e minha mulher somos religiosos, somos mutuamente fiéis e por isso não precisamos usar o preservativo [...]. Usei preservativo algumas vezes com algumas delas nunca tive problemas. Nunca fiquei doente e hoje costumo a ter relações com minha esposa sem me preocupar com o preservativo (Pedro).*

*Eu fico insegura de usar o preservativo (Teresa).*

*Se minha futura mulher pedir pra eu usar preservativo vou desconfiar dela. [...] Eu particularmente prefiro não usar (Carlos).*

*Já tive algumas relações com preservativo e outras sem preservativo (Maria).*

Há nas falas dos interlocutores um tom naturalizado com relação à prática sexual sem o uso do preservativo, ainda que algumas vezes ele venha compreendido dentro de uma dinâmica religiosa. Nesse sentido, a utilização do preservativo não aparece como indispensável, pois a “sensação de segurança” não passa necessariamente pela utilização do preservativo, mas por uma ideia de confiança, fidelidade, parceria, ou seja, em cena outros critérios que não os do discurso medicalizante. Como já pontuado anteriormente, no imaginário desses sujeitos, se a relação é feita entre parceiros fixos, não haveria por que a utilização do preservativo. Mas nem sempre este é o critério fundamental. É possível perceber, principalmente na fala dos homens, que na hora da relação sexual o que é mais importante é o prazer e não o “cuidado”. Podemos visualizar aí, de algum modo, uma subversão das normas convencionais do “sexo seguro”<sup>8</sup>. Assim, a partir das reflexões de Ortner (2007), podemos verificar um jogo de percepções e práticas que subvertem a lógica de um paradigma médico-normativo ao realizar práticas sexuais, que têm como foco não a proteção (sinônimo de uso do preservativo), mas a satisfação imediata dos desejos, dos afetos. Em cena outras lógicas de “cuidado” e/ou de “risco”.

Gune (2008), ao se debruçar sobre estas mesmas questões em pesquisa anterior, aponta para o caráter social/contextual das práticas sociais consideradas de “risco”.

Relembremos que os argumentos que enformam quer o uso, quer o não uso do preservativo são condicionados por pressupostos sociais, que definem o que é seguro e o que é arriscado ou perigoso e que, como critérios para definir o perigo, são usadas a desconfiança, a distância emocional, a inexistência de condições consideradas ótimas para a prática sexual ou ainda a busca de manutenção das referidas condições. Deste modo, mais do que um discurso da prática do «sexo seguro», são as normas sociais que regulam o uso ou não do preservativo, um uso que é dinâmico e que alterna entre

---

<sup>8</sup> Nas políticas oficiais de saúde, as práticas “seguras” se opõe às chamadas práticas de “risco” e são caracterizadas pela utilização de preservativo e pela não rotatividade de parcerias sexuais.



o uso e o não uso ao longo do tempo com o mesmo ou com diferentes parceiros. (Gune, 2008: 311).

Os argumentos utilizados pelos interlocutores baseiam-se muito mais nas relações de confiança, do que em critérios médicos. Esse aspecto é ressaltado tanto pelos homens, quanto pelas mulheres e se associam a outros critérios, como relações de reciprocidade, relações naturalizadas de gênero, preceitos religiosos, desconfiança quanto à eficácia do preservativo, bem como, de seus possíveis “efeitos colaterais”, dentre outros. Os sujeitos fazem leituras do mundo social e apresentam estratégias múltiplas, nem sempre conscientes, de justificar suas práticas que, segundo as instituições oficiais de saúde, seriam de “vulnerabilidade”, subvertendo, portanto, a lógica das políticas oficiais de combate ao HIV. Convém destacar os tipos de argumentos arrolados pelos entrevistados, quando instados a falar sobre o HIV/Aids:

Argumentos baseados na confiança e nas relações de gênero:

*Na minha opinião, tem que ter confiança, e isso basta. Se eu saio com frequência com uma menina e ela se nega a transar comigo se eu não uso o preservativo, desconfio logo dela. Acho que a mulher tem que confiar no seu parceiro. (José)*

*Eu e minha mulher somos religiosos, somos mutuamente fiéis e por isso não precisamos usar o preservativo. (Pedro)*

*Acho que tudo passa pela confiança. Se minha futura mulher pedir pra eu usar preservativo vou desconfiar dela. (Carlos)*

Argumentos baseados na confiança e em preceitos religiosos ou de teor moralizante:

*Eu frequento uma Igreja e o nosso pastor diz, que devemos fazer sexo só depois do casamento e que quando casarmos, devemos confiar nos nossos esposos. Eu acredito nisso. (Ana)*

*Eu acho que podemos evitar a SIDA tendo um parceiro fixo. Eu sou solteira e quero um companheiro pra casar. Se você é fiel, não pega a SIDA. (Teresa)*

Os argumentos citados refletem um conjunto de imaginários sociais, que associam os indivíduos portadores de HIV/Aids a uma série de estereótipos moralizantes. Isso remete, também, ao modo como os primeiros casos da doença nos países de primeiro mundo foram percebidos, tanto pela comunidade médica, quanto pelo restante da população. Vale lembrar que a Aids esteve durante muito tempo associada aos chamados “grupos de risco”



(homossexuais, usuários de drogas injetáveis, prostitutas) e a minorias étnico-raciais (haitianos, africanos). No caso moçambicano, a percepção não é diferente com relação aos juízos valorativos. Isso é bem expresso na fala de Ana:

*Acho que a SIDA tem a ver com pecado. Quando o pastor fala sobre essas coisas ele diz que é coisa do diabo. Se você tem um único parceiro você não pega SIDA, mas se você fica sempre mudando de parceiros aí você pega a SIDA. [grifo meu].*

Com relação a estas percepções morais por parte da população moçambicana, afirma Matsinhe:

Na maior parte das áreas rurais estudadas, assim como nos centros urbanos de um modo geral, o HIV/SIDA é também associado à ideia de uma realidade que emerge em função de comportamentos e atitudes considerados desviantes, ou de práticas de relações sexuais tidas como ‘ilícitas’, sendo citadas as relações sexuais que ocorrem fora do casamento, adultério, relações sexuais entre pessoas de gerações muito diferentes, ou relações sexuais com ‘trabalhadoras de sexo’ e camionistas (Matsinhe, 2005: 160).

Interessante notar que o único argumento que não esteve baseado em critérios de gênero e religioso/moralizante foi o de Maria. Para ela, a possibilidade de contrair a Aids [SIDA] não é menos preocupante que contrair uma gravidez indesejada, ou seja, aponta para uma ampliação do universo de riscos e perigos no que tange ao universo das práticas sexuais. Em sua fala, a confiança vai na contramão, do que disseram os outros sujeitos. Pelo que podemos depreender de seus argumentos, a confiança seria resultado não de certo tempo de duração de um relacionamento, mas de uma imagem positiva do parceiro: “Quando aparece um tipo que a gente acha interessante e passa confiança, não há a preocupação com o preservativo”. Há aqui um deslocamento da percepção de confiabilidade em que entra em jogo não um conceito de fidelidade – ideia pressuposta no conceito de confiança dos demais sujeitos das conversas – mas de sedução, atração e aparência, ou seja, uma dissociação entre ser e parecer. Passar confiança, portanto, quer dizer que, se um tipo que se mostra desejável e ao mesmo tempo “sadio”, merece confiança. Aqui se percebem duas lógicas, ou agenciamentos, do que seja “saúde” ou “saudável”, operando em sentidos não confluentes. Se para o conhecimento médico é um exame laboratorial hematológico que garantirá o estado de “não infecção” dos indivíduos, e, portanto, sua condição saudável, para Maria isso é “garantido” por um julgamento a “olho nu”, em que estão em jogo aspectos estéticos e de desejo e não “científicos”.



Cristiano Matsinhe (2005), ao analisar a trajetória do HIV/Aids em Moçambique, revela as lógicas que vão na contramão das políticas oficiais de combate à epidemia, sobretudo no que tange às cosmologias locais. Entre esses aspectos apontados pelo autor estão as representações negativas de uma grande parcela da população, com relação ao preservativo e ao seu consequente uso. Nas conversas transcritas anteriormente, constatamos vários elementos que nos provocam reflexão no que se refere ao uso do preservativo. Destacamos alguns fragmentos:

*Usei preservativo algumas vezes com algumas delas nunca tive problemas. Nunca fiquei doente e hoje costumo a ter relações com minha esposa sem me preocupar com o preservativo. Preservativo separa o casal e não é natural, entende? Não é uma coisa que vem de Deus. Como vais ter prazer usando preservativo? É como comer uma fruta com casca. (Pedro)*

*Aqui fala-se muito em preservativo, acho que você já viu nas propagandas. Mas não sei se é seguro. Algumas pessoas dizem que os preservativos têm pequenos furos que a gente não percebe e por ali é que passa o vírus. Eu fico insegura de usar o preservativo. (Teresa)*

*Dizem que uma forma segura de evitar é usar o preservativo. O pessoal diz: usa e não terás problemas! Eu não acredito muito. [...] E também eu já tentei usar com umas meninas mas me incomodou bastante. Eu particularmente prefiro não usar. Tem uns amigos meus que falam que pegaram uma alergia. Eu não confio nesse negócio. Eu quero ter muitos filhos e isso é importante para os meus pais, como vou ter filhos se uso isso? Acho que a SIDA é mais propaganda dessas empresas multinacionais de medicamentos que se aproveitam para lucrar. (Carlos)*

Os principais argumentos utilizados pelos interlocutores dizem respeito à desconfiança quanto à eficácia do preservativo e ao temor dos possíveis “efeitos colaterais”. Observamos ainda que a preocupação principal dos homens é com relação ao “desconforto” na relação sexual. Mas como apreender as lógicas locais para além dos paradigmas médico-institucionais? Como encarar esta negação em usar e não propriamente a resistência ao uso do preservativo? Trata-se de um processo de desinformação? Valeria a pena analisar os aspectos socioculturais que nos permitem visualizar as complexidades desta questão.

Uma vasta literatura etnográfica que versa sobre o contexto africano, revela que a progenitura se configura como um aspecto importante de preservação da memória familiar do grupo<sup>9</sup>. Nesse sentido, a riqueza e, conseqüentemente, a visibilidade de uma família é mensurada pela quantidade de possíveis herdeiros que gera. Assim sendo, qual o lugar do

---

<sup>9</sup> Sobre esta discussão, cf. RADCLIFFE-BROWN, A. R.; FORDE, Daryll. *Sistemas políticos africanos de parentesco e casamento*. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 1982. FORTES, Meyer; EVANS-PRITCHARD, E.E. *Sistemas Políticos Africanos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1981.



preservativo num contexto em que preza pela família extensa? O que é culturalmente mais significativo: a memória coletiva e o reconhecimento social pela fertilidade ou uma noção abstrata de “segurança”, de “risco”? Como ignorar o peso da infertilidade em contextos tradicionais africanos? No que tange especificamente às questões de gênero, numa sociedade em que predomina uma organização patriarcal, como a mulher poderá se opor à utilização do preservativo sem atrair a desconfiança de seu esposo e sem atentar contra o princípio da “fertilidade” que lhe é exigido? Este aspecto não deixa de influir nos resultados das ações de saúde engendradas pelo governo e pelos organismos internacionais.

Assim, em contextos rurais, o preservativo se apresenta como ferindo uma lógica de “sobrevivência” do grupo. Nesse sentido, coloca-se como algo antinatural, na medida em que impede a reprodução e, portanto, “diabólico” – como nos diz veementemente Ana. Por outro lado, é possível pensar questões que não necessariamente passam por aspectos cosmológicos, mas que, emergem da própria construção histórico-político-ideológica do país. Diante de um projeto político construído segundo os ideais socialistas<sup>10</sup>, como não desconfiar do que é “de fora”, daquilo que é representativo das grandes agências internacionais (e, portanto, ocidentais/capitalistas)? Embora não possamos ignorar toda a abertura política vivenciada pelo governo moçambicano, ainda na década de 80, há que se considerar as permanências de ideologias resistentes – que podem remontar ao próprio processo de independência do país e sua à sua posterior adesão aos ideais marxistas-leninistas - à uma possível influência externa – e que, portanto, seria “nociva” - nos rumos da política interna do país e que ainda ecoam no imaginário coletivo da população. A partir disso, talvez possamos situar a desconfiança de Teresa e de Carlos, que evocam a suspeita tanto sobre a qualidade do material (teria furos?) quanto sobre suas origens e sua principal intenção (interesse das multinacionais estrangeiras? Não seriam esses preservativos os reais responsáveis pela proliferação da doença?).

Compartilho do argumento de Matsinhe no que se refere à importância de refletir sobre os elementos socioculturais, que ajudam a compor esses imaginários sociais.

É preciso compreendermos as instituições, como resultantes de processos interativos e comunicativos, através dos quais os indivíduos constroem uma rede de significados para as suas experiências aflitivas. Na construção de sentidos, factores intersubjectivos e existenciais se mesclam com formas culturalmente padronizadas de interpretação. Nesse aspecto, as estruturas cognitivas devem ser analisadas, enquanto resultados de condições sociais da produção de conhecimento. Assim, os modelos cognitivos devem

---

<sup>10</sup> Um socialismo influenciado pelo modelo soviético e compartilhado com países como Tanzânia e Zâmbia e também inspirado pelo pan-africanismo.

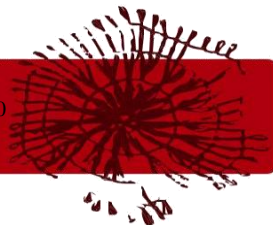


ser analisados na sua plasticidade, em sua capacidade de responder aos desafios circunstanciais. (Matsinhe, 2007: 20).

Outra questão que se impõe é a da análise das lógicas em confronto. Alguns autores têm chamado a atenção para lógicas nativas de construção da pessoa (Leenhardt, 1971; Strathern, 2006), que evocam sentidos particulares sobre pessoa, corpo, corporalidade. É segundo esta perspectiva, que podemos refletir sobre a compreensão de saúde/doença e sua relação com a utilização ou não do preservativo e que se apresenta na fala de Pedro: “Tive várias parceiras antes de casar. Usei preservativo algumas vezes com algumas delas nunca tive problemas. Nunca fiquei doente e hoje costumo a ter relações com minha esposa sem me preocupar com o preservativo”.

A lógica de Pedro opera segundo uma mecânica da experiência, em que o resultado imediato – não a médio e longo prazo, como se apresenta no diagnóstico médico para a ação do HIV no organismo – é mais importante do que as consequências hipotéticas – e, portanto, “distantes” – de um ato “não pensado”. Segundo o raciocínio de Pedro, ter passado por outras relações “desprevenidas” e não ter “ficado” doente – ou pelo menos a não manifestação dos sinais de adoecimento – permite a manutenção da prática e, conseqüentemente, o uso do preservativo mostra-se desnecessário. Até mesmo quando o HIV aparece como um perigo em potencial, ele aparece como sendo secundário em relação a outros aspectos considerados mais preponderantes.

É o que podemos notar no caso de Maria. Conforme seu relato: “Quando há confiança não tem com que te preocupar – a não ser engravidar, é claro. [...]. Minha única preocupação é evitar uma gravidez indesejada, mas isso não é problema. Toma a pílula do dia seguinte e tudo fica tranquilo.” Assim, para Maria, contrair o HIV se mostra tão preocupante quanto uma gravidez não planejada, ou seja, seu ponto de vista nos ajuda a repensar as noções de risco tal qual apresentadas pelas ONGs - que na maioria das vezes se restringem a atuar apenas no combate epidemiológico, deixando de lado aspectos de ordem social (pobreza, planejamento familiar, educação, etc) (Felimone, 2002). Ao buscarmos refletir sobre a afirmativa de Maria “acima de seus ombros”, como diria Geertz (1989), talvez a preocupação em gerar uma outra pessoa, e pensar nas implicações sociais que dela advenham – demanda por cuidados especiais, responsabilidade pela nova vida, possível perda liberdade – gera tanta tensão e preocupação quanto à possibilidade de contrair o HIV. Apesar das situações de “risco” às quais se submete: “Quando aparece alguém que a gente acha interessante e passa confiança, não há a preocupação com o preservativo.”



As campanhas de enfrentamento também buscam alcançar a conscientização das famílias. Conforme podemos ver na imagem a seguir, a mensagem tenta trazer para o palco das discussões o impacto do HIV/Aids nos núcleos familiares.

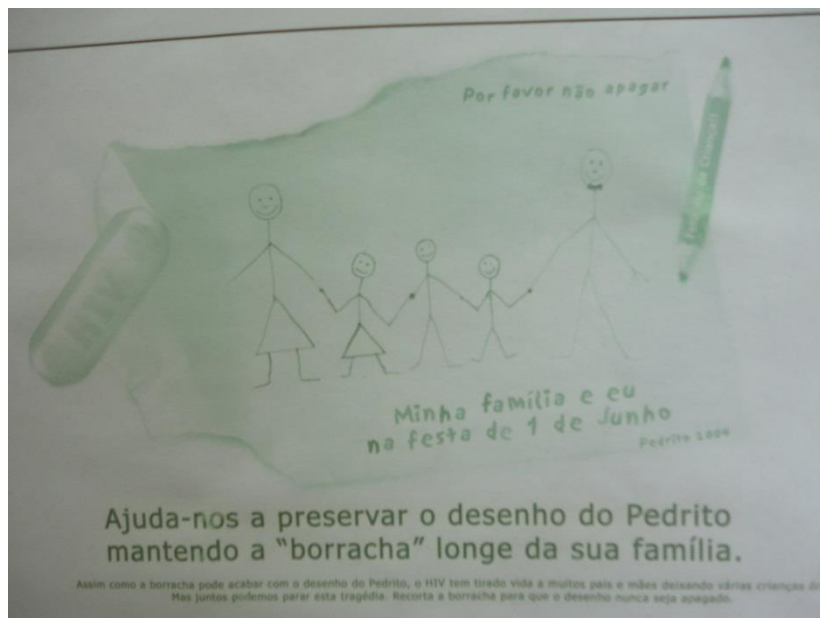


Figura 3: Cartaz de prevenção do MISAU

Ajudar a preservar a integridade do núcleo familiar representa o desafio, para os membros de uma família, de manter distantes os perigos que advêm da contaminação do HIV. Manter a família protegida significa manter distância de relações e práticas que possam representar o “perigo” do contágio. Na imagem, a borracha escolar representa o impacto do contágio nas relações familiares. Na nota de rodapé da imagem, está a seguinte mensagem: “Assim como a borracha pode acabar com o desenho do Pedrito, o HIV tem tirado a vida a muitos pais e mães deixando várias crianças órfãs. Mas juntos podemos parar esta tragédia. Recorta a borracha para que o desenho nunca seja apagado.” A dramaticidade da imagem, bem como, da frase no pé da página revelam as estratégias discursivas que são utilizadas para tentar “esclarecer” e “sensibilizar” a população. Um tom de fatalidade, de terror, de medo se coloca como um mecanismo que busca ser “eficaz”.

Enfim, longe de abarcar todos os aspectos e complexidades dessa problemática, as questões levantadas ao longo deste artigo, apontam para a importância de se levar em consideração os elementos culturais para além do discurso biomédico. Nas imagens divulgadas nas propagandas do MISAU, podemos observar que, a representação do HIV/Aids está sempre envolta numa dimensão da negação, do mal, do perigo, daquilo que é interdito, portanto, proibido. Em cena o que Susan Sontag (2007) chama de “retórica do medo”, cujo



objetivo seria o de manter os indivíduos amedrontados e, conseqüentemente, distanciados de possíveis situações de contaminação. Nas diferentes imagens pude perceber uma linguagem que busca interferir na vida pessoal dos sujeitos e nesse sentido, buscam se constituir como dispositivos regulatórios. Mas se por um lado há o propósito institucional, por outro há os diferentes sujeitos, que envolvidos em jogos complexos de compreensão e atuação do/no mundo social “driblam” o aparato institucional e, nesse sentido, questionam de algum modo os dispositivos de controle sobre o corpo, sobre a vida, sobre a sexualidade. São diferentes sujeitos, diferentes compreensões, diferentes jogos de linguagem e diferentes discursos institucionais, todos em torno do mesmo problema. Em cena múltiplas percepções e agenciamentos.

Não apenas meus interlocutores revelaram que na sua vida cotidiana as estratégias são permanentemente negociadas, reiteradas e/ou relativizadas a partir de diferentes motivações e condicionantes, como as próprias estatísticas oficiais confirmam tal impasse. Numa luta em que estão em jogo desejos, prazeres e subvenções, os altos índices de contaminação por HIV em Moçambique vêm denunciar que as imagens de medo, terror, repressão, interdição têm perdido a guerra. O que há para combater? Para evitar? Longe de querer e poder dar uma resposta para a questão, ousou dizer que certamente essas imagens estão longe de ser a panaceia moçambicana. Numa situação em que milhares de pessoas lutam cotidianamente para sobreviver com o mínimo, talvez o foco do combate esteja apontado para o lado errado e, o pior, as armas (imagens) não sejam as mais adequadas. No mundo atual, com sua política do “bem viver”, de manipulação do corpo, que nega a velhice e a morte a todo custo, a imagem “concreta” do HIV/Aids –por meio das estatísticas oficiais – vem denunciar que vivemos num tempo de ruínas, em que os únicos projetos possíveis são os das fragmentações, dos cacos juntados, dos corpos despedaçados, das experiências deslocadas e rasuradas e das imagens desfocadas (Nancy, 2012).

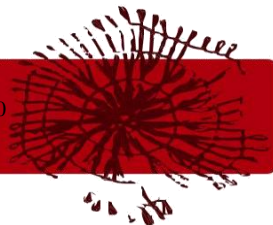
## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BALANDIER, Georges. 1997. *A desordem: Elogio do movimento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- BARTHES, Roland. 1964. *La rethorique de l'image*, Communication, n. 4, p.40-51.
- BASTOS, Cristiana. 2002. *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Lisboa: ICS/ICSUL.





- BENJAMIN, Walter. 1987. “Sobre o conceito da história” [1940]. In: *Walter Benjamin. Obras escolhidas. v. 1. Magia e técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura e história da cultura.* São Paulo: Brasiliense, p. 222-232.
- DIDI-HUBERMAN, Georges. 2010. *O que vemos, o que nos olha.* São Paulo: Ed. 34.
- DOUGLAS, Mary. 1991. *Pureza e perigo.* Lisboa: Edições 70.
- FELIMONE, Maria Ivone J. 2002. *O processo de construção das percepções sobre o HIV/SIDA entre os jovens – O caso do bairro George Dimitrov na Cidade de Maputo.* Projeto de pesquisa apresentado no Departamento de Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane. Maputo: UEM.
- FRY, Peter. 2000. “O Espírito Santo contra o feitiço e os espíritos revoltados: ‘civilização’ e ‘tradição’ em Moçambique”. *Mana* [online]. vol.6, n.2, pp. 65-95.
- FOUCAULT, Michel. 2007a. *História da sexualidade I - A vontade de Saber.* 18.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- FOUCAULT, Michel. 2007b. *Microfísica do poder.* 24.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- GEERTZ, Clifford. 1989. “Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa”. In: GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas.* Rio de Janeiro: LCT.
- GEERTZ, Clifford. 1989. “Uma descrição densa: Por uma teoria interpretativa da cultura”. In: GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas.* Rio de Janeiro: LCT.
- GUNE, Emídio V. Solome. 2008. “Momentos liminares: dinâmica e significados no uso do preservativo”. *Análise Social*, v. XLIII, p.297-318.
- GUNE, Emídio V. Solome. 2001. *O papel da cultura na prevenção do HIV em Moçambique 1987-1999.* Monografia apresentada no Departamento de Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane. Maputo: UEM.
- LEENHARDT, Maurice. 1971. *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien,* Paris: Gallimard.
- MATSINHE, Cristiano. 2005. “*Tabula Rasa*”: *Dinâmica da resposta moçambicana contra o HIV/SIDA.* 2005. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Rio de Janeiro.
- NANCY, Jean-Luc. 2012. “58 indícios sobre o corpo”. *Rev. UFMG*, Belo Horizonte, v.19, n.1- 2, p.42-57, jan/dez.
- OLIVEIRA, Esmael Alves de. 2014. *Qualquer semelhança não é mera coincidência: Uma análise do HIV/Aids no cinema moçambicano.* Tese de Doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: PPGAS/UFSC, SC, 264 p.



ORTNER, Sherry B. 2007. “Poder e Projetos: Reflexões sobre a agência”. In: GROSSI, Miriam Pillar; ECKERT, Cornelia; FRY, Peter (Orgs.). *Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas*. ABA, Blumenau: Nova Letra.

ORTNER, Sherry B. 2006. *Anthropology and social theory*. Culture, power and the acting subject. Durham: Duck University Press.

PASSADOR, Luiz Henrique. 2011. *Guerrear, casar, pacificar, curar: o universo “tradição” e a experiência com o HIV/Aids no distrito de Hemoíne, sul de Moçambique*. 2011. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UNICAMP. Campinas: UNICAMP.

PASSADOR, Luiz Henrique. 2010. “As mulheres são más”: pessoa, gênero e doença no sul de Moçambique. *Cadernos Pagu*, n.35, jul./dez. p.177-210.

PASSADOR, Luiz Henrique. 2009. “Tradition”, person, gender, and STD/HIV/AIDS in southern Mozambique. *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 25, n.3, p. 687-693.

POLLAK, Michel. 1990. *Os homossexuais e a Aids: sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade.

SONTAG, Susan. 2007. *Doença e suas metáforas. Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.

STRATHERN, Marilyn. 2006. *O Gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na melanésia*. Campinas: UNICAMP.